PRODUÇÃO DO CUIDADO NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

Olhares analisadores em diferentes cenários

MARLUCE MARIA ARAÚJO ASSIS
MARIA ANGELA ALVES DO NASCIMENTO
TÚLIO BATISTA FRANCO
MARIA SALETE BESSA JORGE
Organizadores

PRODUÇÃO DO CUIDADO NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

Olhares analisadores em diferentes cenários

EDUFBA
Salvador
Janeiro de 2010

Projeto Gráfico, Editoração Eletrônica e Capa
Rodrigo Oyarzabal Schlabitz

Revisão e Normalização
Maria José Bacelar Guimarães

Biblioteca Central Reitor Macêdo Costa – UFBA

Produção do cuidado no Programa Saúde da Família : olhares analisadores em diferentes cenários / Marluce Maria Araújo Assis, Maria Ângela Alves do Nascimento, Túlio Batista Franco, Maria Salete Bessa Jorge, organizadores. - Salvador : EDUFBA, 2010.
182 p.

ISBN 978-85-232-0669-7

1. Programa Saúde da Família (Bahia). 2. Medicina da família - Bahia. I. Assis, Marluce Maria Araújo. II. Nascimento, Maria Ângela Alves do. III. Franco, Túlio Batista. IV. Jorge, Maria Salete Bessa.

CDD - 362.82098142

Asociación de Editoriales Universitarias de América Latina y el Caribe

Associação Brasileira das Editoras Universitárias

CBaL
Câmara Bahiana do Livro

EDUFBA
Rua Barão de Jeremoabo, s/n, *Campus* de Ondina,
40170-115, Salvador-BA, Brasil
Tel/fax: (71) 3283-6164
www.edufba.ufba.br | edufba@ufba.br

Dedicamos aos dirigentes comprometidos com o SUS, aos trabalhadores de saúde que, na luta cotidiana de seu trabalho, fazem a diferença, demonstrando que é possível um sistema de saúde humanizado e resolutivo, e aos usuários do SUS, protagonistas que evidenciam a realidade do dia a dia das práticas dos serviços de saúde.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

Marluce Maria Araújo Assis

Este livro, produto coletivo do Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) com outros parceiros institucionais (UFF, UECE, USP, UFBA), foi produzido com base em uma pesquisa financiada pela FAPESB, Edital PPSUS, 2007, intitulada *Avaliação da Produção do Cuidado em Saúde e a Construção da Integralidade a partir do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF): o Caso da Bahia*, cuja temática é instigante e atualizada, pois abre possibilidades de debate sobre o Programa Saúde da Família (PSF), de forma crítica, com um olhar analisador que procura articular as diferentes técnicas de coleta de dados com abordagens quantitativa e qualitativa, envolvendo diferentes atores sociais (dirigentes, trabalhadores e usuários) que operam na prática ou consomem os serviços no PSF.

Adotamos a denominação de PSF, de forma intencional e não de Estratégia Saúde da Família, considerando que as realidades estudadas ainda estão distantes de modelos integrais, equânimes e resolutivos, conforme preconizado pelo SUS.

Reconhecemos os avanços obtidos e o esforço de muitos municípios em superar o modelo de saúde centrado na doença e em práticas, predominantemente curativas, com o objetivo de reorganizar o processo de trabalho em saúde na atenção básica e incorporar práticas inovadoras que são balizadas por diferentes tecnologias para responder às necessidades apresentadas nos espaços concretos, nos quais as pessoas constroem suas histórias e representam seu processo de saúde-doença.

A Estratégia Saúde da Família sinaliza uma mudança no foco da atenção, que passa a ser a família assistida em seu território social, com suas singularidades e especificidades locais e regionais. Propõe também um redirecionamento no processo de trabalho baseado na interação com uma

equipe multiprofissional, visando práticas mais resolutivas e integrais, articuladas em uma rede de atenção.

Diante do exposto, apresentamos agora ao leitor a forma como o livro está organizado.

O primeiro capítulo aborda as dimensões de análise teóricas e metodológicas adotadas no estudo. Para tanto, procura discutir de forma crítica e reflexiva os eixos orientadores da produção do cuidado em saúde (acesso, acolhimento, vínculo, responsabilização, formação profissional e resolubilidade). Nesse sentido, busca apreender a dinâmica da produção do cuidado em saúde como um potente dispositivo para desencadear processos de transformação das práticas e redirecionar o modelo de atenção à saúde. Na dimensão metodológica, procura fazer uma breve sistematização de como operou na organização e análise dos dados empíricos da pesquisa.

O segundo capítulo evidencia a produção do cuidado no PSF de um município da Região Nordeste, por meio da análise qualitativa, recortando as dimensões de acesso, vínculo, responsabilização, acolhimento e resolubilidade. Os resultados revelaram que as práticas no PSF se estabelecem de forma procedimento-centrada, especializada e organizada em ações programáticas por grupo de risco, em que os profissionais organizam sua demanda de forma modular e regulada; o acesso é restrito e focalizado em ações programáticas por demanda organizada e espontânea; o acolhimento dos usuários no PSF se dá de forma restrita; a resolubilidade encontra-se desarticulada do vínculo e responsabilização que são entendidos como boas relações de respeito entre a equipe e a comunidade (usuários e famílias). O processo terapêutico ocorre de distintas maneiras: consulta clínica, atendimento às urgências e emergências, retornos agendados e encaminhamentos para especialistas, entre outros.

O terceiro capítulo recorta o território das linhas de cuidado em um município da Região Sudoeste da Bahia, apontando as diferentes tecnologias, procurando encontrar pistas que possam caracterizar a real dimensão do cuidado e a atenção operada pela equipe multiprofissional.

No quarto capítulo procuramos traçar um perfil socioprofissional dos gestores e trabalhadores de saúde de um determinado município da Região Centro-Leste da Bahia, considerando os princípios da educação permanente em saúde.

O quinto capítulo teve como objetivos caracterizar o acesso aos serviços de saúde no Programa de Saúde da Família na perspectiva da resolubilidade da atenção, e avaliar as formas de acesso (geográfico e funcional) dos usuários ao PSF.

Destacamos no sexto capítulo as dimensões de análise, vínculo e responsabilização, para possibilitar a criação de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre profissionais de saúde e a população.

Por fim, o sétimo capítulo apresenta o perfil socioprofissional dos gestores e trabalhadores do PSF de um município da Região Sudoeste da Bahia, mostra a formação e capacitação profissional dos sujeitos que atuam no referido programa e imprimem no cotidiano da produção do cuidado uma determinada prática de saúde, seja individual ou coletiva.

Convidamos o leitor para uma reflexão sobre o Programa Saúde da Família no Estado da Bahia. Esta é a intencionalidade do livro: refletir sobre as práticas de trabalhadores e gestores de diferentes cenários e se de fato estão comprometidos com o SUS, no atendimento às demandas/necessidades dos usuários.

Esperamos possibilitar uma leitura estimulante, como disparador para novos desafios...

Dezembro de 2009.

CAPÍTULO 1

DIMENSÕES TEÓRICAS E METODOLÓGICAS DA PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE

Marluce Maria Araújo Assis; Maria Angela Alves do Nascimento; Wilza Carla Mota Brito Lima; Silvânia Sales Oliveira; Túlio Batista Franco; Maria Salete Bessa Jorge; David Félix Martins Júnior; Sandra Rego de Jesus

1 DIMENSÕES TEÓRICAS

O processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) emergiu no movimento da Reforma Sanitária que tinha como bandeira de luta a criação de um novo modelo de saúde, pautado principalmente nos referenciais da vigilância à saúde. No que diz respeito às práticas clínicas, o movimento da reforma sanitária, ao criticar o modelo biologicista hegemônico vigente até então, apontava como alternativa, sobretudo, as diretrizes de prevenção e promoção à saúde, orientadas pelos determinantes do processo saúde-doença. O maior desafio era promover as mudanças estruturais, romper com a prática procedimento-centrada e apontar para a produção do cuidado, direcionado a um fazer integral, corresponsável e resolutivo.

Portanto, discutir produção do cuidado em saúde, e em especial na Estratégia Saúde da Família, requer uma análise crítica das práticas de saúde, de que forma elas estão estruturadas, para quais finalidades se prestam, qual a dimensão do alcance de suas ações, para quem estão voltadas, e qual a concepção saúde-doença dos agentes do processo de trabalho ao lidar com o objeto de sua intervenção.

As práticas no campo da saúde vêm sendo historicamente estruturadas com base no modelo hegemônico de prestação de serviços, gestado desde o século XVIII e XIX, com o advento da descoberta microbiana por Pasteur e

seus desdobramentos, tendo como marco o Relatório Flexner[1] (MENDES, 1994) e a estruturação da Medicina científica com seu conjunto de elementos estruturais que redirecionaram a prática médica e as outras profissões de saúde (SILVA JUNIOR, 2006).

A inversão do modelo de atenção à saúde é importante, mas constitui-se em tarefa de difícil execução, pois percorre um caminho não-linear, estabelecendo um processo de mudança que envolve uma política de formação articulada com a prática. Trata-se, portanto, de projetos coletivos, integrados aos cuidados de saúde, em que trabalhadores, gestores e usuários devam ser corresponsáveis no fazer saúde, cotidianamente.

A mudança na forma de trabalhar em saúde incide diretamente em valores, cultura, comportamento e micropoderes existentes nos espaços de trabalho de cada um, gerando resistências e possíveis conflitos na produção de saúde. Assim, pensar e agir em saúde numa perspectiva de mudança do modelo requer um novo modo de estabelecer relações e troca de saberes e experiências práticas, envolvendo campos de conhecimento e intervenção interdisciplinares.

Para Assis e outros (2007) e Teixeira (2003), não é possível negar a importância dos serviços de atenção secundária e terciária. Entretanto é fundamental estar atento e direcionar o olhar para investir na Atenção Básica à Saúde (ABS), espaço de organização e práticas do Programa Saúde da Família (PSF), buscando, dessa forma, garantir a qualidade do atendimento na "porta de entrada" do sistema, na tentativa de reduzir as demandas reprimidas e as necessidades individuais. Do mesmo modo, é preciso trabalhar com a ideia de integralidade, o que significa ter um sistema que garanta o fluxo seguro aos usuários a todos os níveis de atenção e o acesso às tecnologias de cuidado necessárias à resolução de seus problemas de saúde.

De acordo a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006), esta deve compreender um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, abrangendo a atenção primária, secundária e terciária, mediante práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, em equipes de trabalho voltadas para populações de territórios adscritos com responsabilidade

---

[1] Consoante Mendes (1994), o Relatório Flexner, elaborado nos EUA em 1910, sugeria uma formação médica que tivesse como eixo orientador um modelo de prática médica centrada no corpo anátomo-fisiológico e como principal referência o hospital.

sanitária. Contudo utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, considerando o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade da atenção e na inserção sociocultural.

A política define também os princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social, como orientadores da ABS e elege o PSF como estratégico e prioritário para sua organização.

Para Mattos (2001), a integralidade pode ser entendida em sentidos diferentes que, ao se relacionarem, apresentam traços em comum, algumas analogias ou mesmo fios de ligação. A articulação existente nessa relação promove uma reação contrária às práticas reducionistas, uma recusa à objetivação dos sujeitos envolvidos nos processos e uma possibilidade de abertura para a comunicação dialógica, permitindo melhor compreensão dos problemas.

Acerca das transformações no campo da produção do cuidado, reportamo-nos a Merhy (1997, 2002) que, ao teorizar sobre o processo de trabalho em saúde, afirma que este é dependente do "trabalho vivo em ato", no qual só é possível acontecer na dinâmica relacional, ou seja, em ato, em ação, no momento do trabalho em si, com base no encontro entre os sujeitos envolvidos nesta relação. Sendo assim, este trabalho será sempre presencial e poderá agregar a intersubjetividade em todo o seu desenvolvimento. O trabalho vivo dá às práticas de saúde o atributo da liberdade, a possibilidade de os sujeitos em ato exercerem, no limite, a sua capacidade criativa para a resolução dos problemas de saúde. Por isto mesmo, o processo de trabalho em saúde tem uma potência instituinte, isto é, a capacidade de operar mudanças no exercício cotidiano do cuidado em saúde.

Ressaltamos também a necessidade de considerar o sujeito de forma singular/coletiva, com desejos e aspirações, respeitando ainda suas crenças, valores e as possibilidades terapêuticas que abordem as necessidades das pessoas para torná-las mais autônomas, sem desprezar a Clínica, a Epidemiologia, a razão e a subjetividade.

Dessa forma, o PSF deveria se constituir como uma das "portas de entrada" prioritárias do sistema de saúde, por meio da qual poderia se disparar o atendimento integral do usuário em todas as necessidades e problemas de

saúde, considerando a singularidade e a coletividade dos sujeitos envolvidos. Isto deveria visar à garantia de um atendimento digno, capaz de contribuir para a promoção, manutenção e melhoria da saúde, conforme preconizam Assis e outros (2007) e Starfield (2004).

Nessa direção, é fundamental conceber o indivíduo como sujeito social, capaz de traçar projetos próprios de desenvolvimento e ser co-partícipe no cuidado ofertado a ele, ao considerar que o processo de mudança geralmente envolve interesses diversos, mas dificilmente serão consensuais em relação à necessidade de rupturas. Isto porque cada sujeito social tem certo grau de autogoverno e imprime no cotidiano das práticas em saúde distintos processos instituintes que operam em várias direções dentro de seu espaço de governabilidade.

Diante dessa possibilidade de transformação, ao discutir sobre as ferramentas tecnológicas apropriadas para confrontar com as sólidas instituições de saúde, Merhy (1997) aposta nas tecnologias leves – tecnologias de relações – para ampliar as possibilidades terapêuticas e o redirecionamento do modelo de saúde comprometido com a defesa da vida. Para o autor, esta tecnologia está além das ferramentas, máquinas disponíveis para auxiliarem nas intervenções assistenciais. Ou seja, nós, trabalhadores de saúde, podemos dispor e mobilizar intensamente o conhecimento sobre a forma de saberes profissionais bem estruturados, como as diversas clínicas (do médico, do dentista e outros saberes). A tecnologia estará sempre disponível em nossas relações (tecnologias leves), acompanhadas das ferramentas leves-dura (os saberes) e de tecnologias duras (equipamentos e maquinários) nas diversas relações estabelecidas com os usuários, construindo, assim, momentos importantes que poderão produzir contratos de responsabilização, confiabilidade, relações de vínculo e acolhimento.

Ainda no campo do cuidado, Merhy e Franco (2003) consideram a Integralidade como um potente dispositivo para desencadear processos de transformação das práticas de saúde, permitindo um (re)direcionamento do modelo de atenção à saúde. Nesse contexto, o trabalhador de saúde teria que repensar as práticas desenvolvidas em seu cotidiano e rever os valores e conhecimentos de todos os sujeitos envolvidos no processo de produção social da saúde, para favorecer a construção de uma consciência sanitária.

No entanto, para Baremblitt (1994, p. 38), o desencadear de uma transformação depende de interpenetrações, cujo resultado conduzirá a possibilidades que se caracterizam

> [...] por criar dispositivos que não respeitam os limites das unidades organizacionais fortemente constituídas, gerando assim movimentos e montagens alternativas, marginais e até clandestinos às estruturas oficiais consagradas.

A abordagem de Santos e Assis (2006) instiga-nos a refletir sobre as diferentes formas de compreensão da Integralidade, pois aglutina diferentes dispositivos, como acesso aos serviços, acolhimento, vínculo, responsa-bilização e resolubilidade na construção das linhas de cuidado, para tentar garantir e facilitar o percurso das pessoas a todos os serviços da rede de atenção a saúde. Enfatizam ainda que a integralidade é composta por um conjunto de agenciadores de mudança. Traçando uma analogia com a física, poderíamos concebê-la como um feixe de luz, ou seja, uma forma de energia que, ao atravessar um prisma, se decompõe em diferentes cores.

A discussão de acesso do usuário aos serviços de saúde tomará como base, para este estudo, a análise de Assis (1998) e Assis, Villa e Nascimento (2003) e Starfield (2004). Os dois primeiros estudos avaliaram um município da Região Nordeste do Brasil e apontaram que a universalização da atenção traduz-se em um sistema segmentado e desarticulado no âmbito interno do sistema público e na cadeia organizativa do sistema. Seu acesso é definido não em função de uma oferta de serviços organizada e hierarquizada, e sim pelas necessidades que são estabelecidas pelos usuários, traduzidas em demandas por atendimento médico.

O acolhimento e vínculo orientam-se pelos estudos de Santos e Assis (2006), Santos e outros (2007), constituindo-os em dimensões de análise da produção do cuidado em saúde. Os autores alertam sobre a necessidade de ampliação dos laços relacionais, desenvolvendo afetos e potencializando o processo terapêutico. O que nos leva à compreensão de responsabilização da equipe com o usuário, para torná-lo autônomo, com possibilidades de estabelecer um acompanhamento no projeto terapêutico. Por conseguinte, é preciso (des)construir a prática centrada no saber médico e nos saberes pautados nos núcleos especializados

das profissões, com o cuidado apenas no ato prescritivo. Para tanto, teríamos que incorporar nesta nova prática os saberes ampliados e a dimensão cuidadora que há em cada trabalhador de saúde, a valorização do outro, a preocupação com o cuidado e o respeito com a visão de mundo de cada um, considerando o outro como cúmplice das estratégias de promoção, prevenção, cura e reabilitação dos usuários.

Entretanto esta construção teria que revelar a corresponsabilização, que poderá ser apreendida como a capacidade de perceber as singularidades de cada contexto e investir na capacidade individual e coletiva de fazer escolhas.

Desse modo, a resolubilidade envolve aspectos relacionados à responsabilidade técnica e de gestão dos serviços, articulada à relação equipe de saúde/ usuário. Podemos perceber a importância fundamental de o PSF estar inserido num sistema organizado e resolutivo, para garantir o processo de corresponsabilização, constituindo-se, assim, na principal "porta de entrada" do sistema de saúde.

Diante do exposto, representamos no Quadro 1, no final deste capítulo, as dimensões de análise teóricas que orientaram o estudo, discutidas a seguir.

1.1 ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE: POSSIBILIDADE DE CONSTRUÇÃO DA CIDADANIA

Pensar sobre a dimensão do acesso aos serviços de saúde leva-nos a refletir sobre o processo de construção do SUS. Em linhas gerais, a definição de acesso está relacionada com o ato de chegar, ingressar, entrar, aproximar e alcançar (FERNANDES, 2005). Assim, tudo o que se interpolar, poderá ser considerado como dificuldade para garantir o acesso aos serviços de saúde.

Assis, Villa e Nascimento (2003) discutem que a universalidade da atenção implica na formulação de um modelo social ético e equânime norteado pela inclusão social e solidariedade humana. Assim, estratégias precisam ser colocadas em prática, para nortear a reformulação e o fortalecimento do sistema para garantir a saúde como um direito de todos, no plano individual e coletivo. Faz-se necessária também a incorporação de novas práticas em saúde, priorizando a promoção da saúde sem descuidar da produção do cuidado

àqueles nos quais já se instalou um processo mórbido. Isto requer reorientação das políticas de saúde e organização dos serviços públicos e privados para a integralidade do cuidado.

Tal modelo teria que incorporar os determinantes sociais do processo saúde-doença em uma perspectiva de atenção integral às necessidades da população. Ao mesmo tempo, é preciso reafirmar a saúde como bem público, com base na efetivação de práticas e serviços de saúde como de relevância pública, pois o Estado seria o responsável por sua regulação e controle, independente do regime de propriedade de quem está a produzir os serviços (se público ou privado). Isto porque, no Brasil, convivemos com acessos seletivos, excludentes e focalizados, que se complementam e se justapõem, nos diferentes serviços públicos e privados, havendo um descompasso entre o que diz a lei e o que de fato legitima a sociedade.

Rodrigues e Assis (2005) retratam esta situação de universalização excludente ao analisarem a saúde bucal no PSF de um município da Bahia. A pesquisa aborda a incerteza no acesso e a desconfiança na qualidade dos serviços, afastando segmentos sociais do sistema público, que acabam optando pelo desembolso direto ou por um plano de saúde privado. Isto porque, a oferta é insuficiente para o atendimento de uma demanda que sempre teve dificuldade de acesso aos serviços de saúde bucal, mantendo, portanto, muitos destes usuários excluídos do sistema, até mesmo porque, para aumentar a oferta, é preciso, pelo menos, uma equipe de saúde bucal para cada uma de saúde da família.

Trazendo outra abordagem, Abreu de Jesus e Assis (2010) discutem sobre acesso com base nas dimensões específicas que descrevem a adequação entre os usuários e o sistema de saúde nas linhas de cuidado, bem como os modelos teóricos que se configuraram ao longo da história até hoje. A disponibilidade compreendida aqui por estes autores significa uma relação do volume de atendimento aos usuários e o tipo de necessidades; a acessibilidade é entendida como a relação entre a localização da oferta e dos usuários em seus territórios sociais; a acomodação funcional é percebida como a relação entre o modo como a oferta está organizada para aceitar os usuários e a capacidade/habilidade dos usuários para se acomodarem a esses aspectos e perceberem sua conveniência; e a capacidade financeira como relação entre os custos dos

serviços. Por fim, a aceitabilidade é compreendida como a relação entre as atitudes dos usuários sobre os trabalhadores de saúde e as práticas dos serviços, como também a aceitação dos trabalhadores e dos serviços em prestar assistência a esses usuários.

Abreu de Jesus e Assis (2010) e Assis, Villa e Nascimento (2003), baseados em Giovanella e Fleury (1996), discutem quatro modelos teóricos que sustentam as diferentes concepções de acesso, a começar pelo modelo economicista, o qual procura mapear os diferentes padrões de consumo dos indivíduos. É, portanto, um modelo de estudo da relação entre oferta e demanda, moldado e balizado pela decisão do consumidor e seu grau de pertencimento aos distintos grupos populacionais.

O modelo sanitarista-planificador traduz o conceito de acesso pela possibilidade de consumo garantida pela distribuição planejada de recursos da rede de serviços. Ou seja, ocorre uma ação planejadora do Estado com base na localização adequada, na disponibilidade e na articulação funcional dos serviços em rede organizada, de acordo com a demanda.

O modelo sanitarista-politicista é inspirado em Berlinguer (1978), com o conceito de consciência sanitária, o qual implicaria em componente cognitivo, por meio do qual a população compreenderia a determinação social do processo saúde-doença e, da mesma forma, os aspectos que determinam a organização social das práticas de saúde.

O modelo teórico da representação social do acesso, discutido por Giovanella e Fleury (1996), trata da realidade como constituição eminentemente intersubjetiva e simbólica, não existindo, pois, fora dos sujeitos coletivos e históricos, que são, ao mesmo tempo, artífices, suportes e mediadores para sua comunicação.

Starfield (2004), ao debater sobre acesso, relaciona-o com as diversas possibilidades de adentrar aos serviços de saúde, os quais estariam implicados com a localização da unidade de saúde, a disponibilidade de horários e dias em que a unidade atende, bem como a possibilidade de atendimento a consultas não-agendadas e a percepção da população sobre estes aspectos do acesso (se são adequados ou não).

Considerando os estudos sobre o modo de produção do cuidado realizados por Merhy (1997) e Merhy e Franco (2003), o acesso está relacionado

também ao modo de produção do cuidado e, sobretudo, às tecnologias de trabalho hegemônicas no processo de trabalho. O trabalho multiprofissional, centrado nas tecnologias leves, que acolhe, estabelece vínculos, tende a aumentar a capacidade de atendimento de uma equipe e/ou Unidade de Saúde e a ser mais resolutivo, impactando positivamente no acesso aos serviços. A experiência de Acolhimento relatada por Franco, Bueno e Merhy (1999) demonstra um aumento significativo no desempenho profissional e, consequentemente, o acesso a uma Unidade Básica de Saúde (UBS), provocado pela reorganização do processo de trabalho.

Se considerarmos a possibilidade do atendimento à saúde ser dividido em fases, teríamos então o acesso aos serviços de atenção básica, incluindo o PSF, como a primeira fase a ser superada pelo usuário, na busca de atendimento para resolução de problemas, ou a satisfação de uma necessidade dentro do sistema de saúde. Estariam relacionadas a esta fase algumas questões, tais como: disponibilidade ou não do serviço; distância e práticas ofertadas para o atendimento dos usuários; recursos disponíveis; capacitação técnica dos trabalhadores que atuam na UBS e de que forma tem se responsabilizado pelos problemas da população a quem e como devem prestar serviço.

Portanto, acesso constitui-se em uma importante dimensão de análise, por possibilitar ao usuário a utilização dos diversos serviços de saúde, necessários para garantir sua saúde de forma universal e equânime, de acordo com o texto constitucional. Como testificam Assis, Villa e Nascimento (2003, p. 816), o acesso é "[...] uma possibilidade a ser construída como direito de cidadania".

Acreditamos que uma das dificuldades em garantir o acesso de forma universal decorre da inexistência de uma rede integrada de ações e serviços, para atender as necessidades da população.

Santos e Assis (2006), em pesquisa realizada no PSF de um município do estado da Bahia, perceberam que a recepção funciona de acordo com critérios administrativos e, dessa forma, constitui-se em um meio de barrar ou limitar a demanda por serviços, pois o acesso passa a ser modulado pela ordem de chegada, cartazes informativos sobre as vagas, dias para atendimento a determinado grupo específico ou procedimento clínico, presença do trabalhador na unidade, dentre outros.

Enfim, a despeito da realidade cruel do acesso aos serviços de saúde, de acordo com necessidades socialmente determinadas, é possível construirmos a consciência cidadã, derrotarmos o conformismo social, por meio da emancipação de sujeitos históricos capazes de intervir nas diferentes realidades dos serviços, e garantirmos o acesso universal e equitativo como construção social no atendimento às necessidades da população.

1.2 ACOLHIMENTO COMO POTENCIALIZADOR DO CUIDADO

O verbo acolher, segundo Fernandes (2005), significa recolher, receber, agasalhar, hospedar, abrigar, escutar, atender, dar ouvidos. Assim, o ato de acolher pode estar presente quando se deseja um atendimento mais digno e humanizado, uma atenção à saúde com acolhimento, considerando a queixa que o outro traz, podendo criar relações de aproximação com as pessoas.

O acolhimento poderá estar presente em todos os momentos (seja em encontros, seja em conversas), e a identificação das necessidades implícitas que o usuário/família apresenta poderá ser reconhecida sim, desde que sejam dadas oportunidades para entender, de forma prudente, o que o sujeito social traz subjetivamente.

Nessa perspectiva, o "objeto" de trabalho deve ser redimensionado, com base na inserção e valorização do "sujeito" e de sua singularidade. Os objetivos do trabalho em saúde também seriam redefinidos, tendo em vista a "[...] produção de saúde e a co-construção de capacidade de reflexão e de ação autônoma para os sujeitos envolvidos no processo: trabalhadores e usuários" (CAMPOS, R.; CAMPOS, G., 2006, p. 669).

Solla (2005) identifica três grandes âmbitos de incorporação do acolhimento no SUS, dentre eles: a prática do profissional de saúde frente ao usuário em seu processo de trabalho em equipe; a ação gerencial de reorganização das práticas na unidade de saúde, visando melhor atender aos usuários e ampliar a capacidade de identificar e resolver os problemas; a diretriz para as políticas de saúde, com o objetivo de criar, nos diversos pontos de atenção do sistema de saúde, a capacidade para dar respostas às demandas apresentadas e disponibilizar tecnologias alternativas mais adequadas.

O acolhimento ultrapassa o ato da "triagem qualificada" ou da "escuta interessada" e pressupõe ser um conjunto formado por atividades de escuta, identificação de problemas e intervenções resolutivas para enfrentamento e resolução de problemas, com ampliação da capacidade das equipes de saúde para responderem às demandas dos usuários, com possibilidades de potencializar a ação dos outros trabalhadores.

Schimith e Lima (2004) afirmam que acolhimento na saúde está pautado em ética, tolerância entre os diferentes e inclusão social com escuta clínica solidária e compromisso da cidadania. É, portanto, resultante das relações no processo de atendimento. Nesse encontro entre trabalhadores e usuários poderão se estabelecer negociações para identificação de suas necessidades, com consequente criação de vínculo e estímulo quanto à autonomia para sua saúde. Igualmente, seria necessário criar mecanismos para disparar esse dispositivo do acolhimento, potencializando-o e articulando-o com o

> [...] estabelecimento do vínculo entre usuários, trabalhadores de saúde e gestores do sistema de saúde, para que as unidades de saúde possam atender a população de acordo à necessidade e prioridade e não apenas pelo critério da ordem de chegada. (SANTOS et al., 2007, p. 76).

Franco, Bueno e Merhy (1999) abordam o acolhimento enquanto diretriz operacional, considerando-o importante para inverter a lógica da organização e do funcionamento do serviço de saúde, para que este seja organizado de forma usuário-centrado e todas as pessoas possam ser atendidas ao procurarem os serviços de saúde, com a garantia de acessibilidade universal. Seria uma relação acolhedora, com escuta e resposta positiva, capaz de resolver os problemas de saúde da população, bem como a reorganização do processo de trabalho na lógica de equipe multiprofissional e interdisciplinar (equipe de acolhimento) e humanizar a relação trabalhador-usuário.

Santos e Assis (2006, p. 57), ainda sobre acolhimento, dizem que "[...] o acolhimento acontece nos micro-espaços das relações individuais e coletivas", seja na recepção, na clínica, no tipo de acesso, nas palestras e reuniões desenvolvidas, no tipo de oferta de serviço, entre outras formas relacionais e comunicacionais existentes entre trabalhadores de saúde e usuários.

Assim, o acolhimento poderia ser entendido como um potente dispositivo de reorganização da produção do cuidado no PSF, ao ampliar o acesso aos serviços de saúde com alteração do fluxo assistencial e potencialização do trabalho em equipe.

1.3 VÍNCULO-RESPONSABILIZAÇÃO COMO EIXOS ORIENTADORES DA PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE

A palavra vínculo significa relação, ligação e união, segundo Fernandes (2005). No PSF, ela é aplicada como um dos objetivos deste Programa. No campo da Psicologia social, este termo apresenta uma vasta produção. Ao relacionarmos, porém, com o campo da política e da gestão, identificamos escassez quanto a atuação dos gestores na responsabilização da interação entre os sujeitos e na organização das práticas de cuidado (GOMES; PINHEIRO, 2005).

A noção de responsabilizar-se é inerente à noção de vínculo originária da prática clínica liberal, da relação médico-paciente, em que se busca estabelecer uma ligação um pouco mais estável e duradoura entre trabalhador e usuário (CAMPOS, 1994).

Merhy (1997) infere que a ideia de vínculo deveria nos levar a pensar sobre a responsabilidade e o compromisso. Estabelecer vínculos está ligado a desenvolver relações tão próximas e tão claras, que nos sensibilizamos com todo o sofrer do outro e nos sentimos também responsáveis pela vida e pela morte do paciente. Daí a necessidade de realizarmos intervenções que não sejam burocráticas, nem impessoais.

O vínculo e a responsabilização são abordados por Silva Júnior e Mascarenhas (2004) como o atar, o comportamento de se ligar, de se enlaçar, de se comprometer com os outros, de responder a suas necessidades, de forma responsável, com a ampliação dos laços relacionais e, consequente, o desenvolvimento de afetos e potencialização do processo terapêutico.

Franco, Bueno e Merhy (2003), ao discutirem sobre responsabilização, abordam que cada equipe de saúde é responsável por um conjunto de problemas muito bem delimitados e pelo planejamento e execução de ações capazes

de resolvê-los, o que ocorreria por meio da vinculação de cada equipe a certo número de pacientes previamente inscritos, do atendimento de certa parcela da demanda que espontaneamente procura a unidade, bem como da responsabilidade em relação aos problemas coletivos.

Responsabilizar-se, enfim, é reinterpretado como o contrato embutido no conceito de vínculo, certo contrato em que se explicita um determinado projeto terapêutico que se quer trabalhar, um "[...] contrato de cuidados, de direitos e deveres do paciente/família e da equipe de saúde" (CAMPOS, 1994, p. 63), considerando os elementos técnicos, o acesso, o intercâmbio possível usuário/serviço e o potencial de produção destes.

De certa forma, o conceito de responsabilizar-se desencadeia uma revisão crítica dos princípios do SUS. Nesse sentido Merhy (1997) faz uma reflexão das diferentes e violentas formas de "desrespeito" ao direito à saúde, tanto pelos serviços privados como pelos públicos, desresponsabilizando-se dos problemas e do fazer saúde. Este último é realizado de forma velada, utilizando, muitas vezes, a própria questão técnica para justificar a negação do acesso aos que não pertencem à área de abrangência da unidade de saúde.

Santos e Assis (2006) reforçam que o vínculo estreita-se com o acolhimento, com consequente ampliação dos laços relacionais e desenvolvimento de afetos. A unidade de saúde passaria então a organizar sua demanda, de acordo com suas necessidades e prioridades, e não pela ordem de chegada, evitando, desta forma, filas e perda de tempo.

1.4 FORMAÇÃO PROFISSIONAL PARA O SUS: O DESAFIO NA CONSTRUÇÃO DE UM NOVO MODELO DE SAÚDE

As instituições formadoras vêm sendo pautadas para desenvolverem mudanças no processo de formação e na maneira como se relacionam com a sociedade. A necessidade de mudança decorre de elementos tais como as novas modalidades de organização do mundo do trabalho em saúde e as exigências em relação ao perfil dos novos profissionais, tendo como desafios a interdisciplinaridade e transdisciplinaridade na produção de conhecimento ou a necessidade de as instituições de ensino superior reconstruírem seu papel

social, considerando a multiplicidade de lugares produtores do conhecimento no mundo atual (CECCIM; FEUERWERKER, 2004a, 2004b).

Para tanto, fazem-se necessárias as rupturas do paradigma biomédico, traduzido pelo modelo médico-centrado que ainda sustenta as práticas em saúde e grande parte dos currículos da área de saúde no Brasil (CIUFO; RIBEIRO, 2008; FEUERWERKER, 1995, 2002), e da concepção de saúde como ausência de doença, o que implica ampliar a compreensão do processo saúde-doença, orientada pela produção do cuidado em saúde. Neste sentido, procura articular ações de promoção à saúde, prevenção de doenças, cura e reabilitação, diante da pluralidade de saberes por meio do trabalho em equipe interdisciplinar e integrado, na rede de serviços de saúde (FRANCO, 2007; MERHY, 2002).

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos da área de saúde, homologadas em 2001 (BRASIL, 2001, 2007), são resultantes de um processo de discussão da sociedade brasileira, envolvendo representantes do governo, docentes, estudantes, diretores de cursos e escolas, entre outros. Destinam-se a orientar a formação desses profissionais, tendo como base conhecimentos gerais e ênfase no compromisso social e na mudança do modelo de saúde. Isso implica repensar o papel das instituições formadoras que, até então, "[...] pouco ou quase nada dialogava com a sociedade" (CIUFO; RIBEIRO, 2008, p. 12).

No entanto, após oito anos de aprovação das novas Diretrizes Curriculares, as modificações ainda são lentas no que diz respeito à formação de recursos humanos que transforme o paradigma biomédico em outro voltado para as mudanças exigidas pelo novo sistema de saúde e pela sociedade. Até porque, os projetos curriculares carecem de diálogo com o contexto social no qual a instituição se insere. Ressaltamos que é preciso preencher as lacunas referentes à atuação nos diferentes níveis de atenção à saúde, desenvolvendo competências para trabalhar, sobretudo na Saúde Coletiva, com responsabilidade social. Este é um grande desafio, que requer uma formação integral na perspectiva humanística, ética, filosófica, técnica, social e política.

Tendo em vista essas colocações, entendemos que as instituições formadoras exercem responsabilidades como um dos agentes desse processo. Os cursos de graduação em saúde encontram-se, em sua maioria, reproduzindo

uma formação fragmentada e focada na organização curricular disciplinar, ainda centrada em especialidades, com valorização do saber técnico, tendo o hospital como cenário predominante da prática, com ênfase em práticas de saúde procedimentos-centrada, não situando a corresponsabilidade usuário, profissional, gestor do SUS e sociedade para a mudança do modelo de saúde (ASSIS et al., 2007; MERHY, 2002).

A formação dos profissionais de saúde, apoiada no modelo flexneriano, e a frágil organização de uma política de Educação Permanente para os profissionais do SUS têm se constituído em um dos maiores entraves para sua qualificação e vinculação ao sistema, dentro de uma lógica pautada na integração de saberes e práticas integrais e humanizadas.

Nesse sentido, a Portaria 198, retraduzida por Ceccim e Feuerwerker (2004a), introduz o conceito de quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Os autores argumentam que a imagem do quadrilátero da formação possibilitaria a construção e organização de uma gestão da educação na saúde com o redimensionamento da imagem dos serviços e a valorização da troca de saberes e diálogos entre os diferentes segmentos da sociedade.

Ao demarcar a integralidade como um dos princípios do SUS, orientadores da formação em saúde, é preciso que a produção do cuidado esteja impregnada com as mais variadas formas de pensar e agir em saúde, associando ações promocionais, preventivas e curativas, despolarizando as possibilidades terapêuticas para dar conta das demandas das pessoas, no atendimento às necessidades de saúde individuais e coletivas (SANTOS; ASSIS, 2006).

Esse contexto permite-nos perceber que as dificuldades na articulação para propiciar uma política efetiva de educação permanente passa pelo aprofundamento crítico, com componentes ideológicos e políticos que envolvem a concepção de práticas em saúde e como o trabalho é produzido no ato de cuidar das pessoas na rede SUS. Além disso, devido à falta de uma vinculação do trabalhador ao sistema municipal, a gestão teria maior dificuldade em propor mudanças no modelo de atenção e, em consequência, no processo de trabalho. Consequentemente, as práticas e produção de serviços de saúde, desenvolvidas no âmbito do SUS, estariam comprometidas,

muitas vezes, pela falta de qualificação, motivação e envolvimento dos profissionais.

1.5 RESOLUBILIDADE: UMA UTOPIA A SER PERSEGUIDA NO CUIDADO EM SAÚDE

A proposta do SUS vem com a tentativa de construir um sistema sob novas bases e critérios que vise dar respostas mais efetivas para a população. Por conseguinte, o PSF, enquanto estratégia reorientadora da mudança de modelo pode ser o principal mecanismo para viabilizar tais mudanças. Para tanto, as ações e serviços devem integrar uma rede regionalizada e integrada segundo a complexidade da atenção.

Dessa forma, quando organizada de maneira adequada, seguindo as normas e diretrizes do SUS, a população terá respostas para suas necessidades de atenção, ao mesmo tempo em que haverá maior racionalidade para os investimentos em saúde, por meio da regulação do sistema de referência e contrarreferência. Esta é a aposta feita pelo SUS, a qual o PSF tenta materializar no plano da atenção básica. A despeito de inscrita nas diretrizes do SUS, sua efetivação depende de mudanças no plano da organização do processo de trabalho, o que incide também sobre os fluxos assistenciais dentro da rede de serviços.

Nesse sentido, a referência e contra-referência estariam associadas à questão da atenção à saúde, de acordo com o grau de necessidade que cada usuário precisa, com base no nível de complexidade da rede. Ou seja, oferecer atenção integral à saúde das pessoas, dentro das atribuições estabelecidas em cada nível, com um fluxo ordenado de usuários. Associamos a imagem de uma "linha de produção do cuidado" à ideia geral de integralidade na rede, ou seja, ela significa fluxos assistenciais seguros e tranquilos aos usuários, para o atendimento a suas necessidades. A "linha do cuidado" dispara com base em um dado projeto terapêutico, que indica os atos assistenciais necessários ao atendimento do problema de saúde do usuário.

Campos (2003) faz uma provocação, dizendo que a tentativa de mudança no sistema de saúde brasileiro decorre do anseio de superação do

modelo tradicional de se prestar assistência à saúde, o qual se apresentava esgotado e com limites de eficácia e eficiência, ou seja, com baixo impacto e custos elevados.

Neste sentido, observamos, no plano mais geral, que as desigualdades sociais em nosso país, nos aspectos econômicos, sociais, demográficos, culturais e epidemiológicos, têm interferido no processo saúde-doença, gerando mudanças no padrão de qualidade de vida da população. Estes aspectos contribuem para uma alta demanda dos serviços de saúde, que se deparam, em geral, com baixa oferta de serviços, ou mesmo processos de trabalho centrados no núcleo especializado dos profissionais, o que restringe a capacidade de respostas aos problemas de saúde. Forma-se, assim, uma crônica demanda reprimida, ou seja, a pessoa tem algum tipo de acesso aos serviços de saúde, mas sua resolubilidade é limitada.

Ao enfatizar os conceitos estruturantes para conseguir um novo modelo para o SUS, Campos (2003, p. 109) afirma que "[...] não há um único modelo ideal para todo o SUS, superior em todos os aspectos a outras formas de organizar a atenção". Ou seja, a ABS precisa estar inserida em um nível funcional e resolutivo, com redes integradas de serviços, trabalhando com suporte científico-tecnológico que seja capaz de responder em média a 80% dos problemas de saúde das pessoas.

No entanto, Cecílio (1997) discute de forma bastante instigante que o acesso aos serviços especializados é bastante difícil e a demora, geralmente, resulta em desistência por parte do usuário da consulta agendada. O número de consultas em especialidades é insuficiente para atender as necessidades das pessoas que usam o sistema. Agrega-se a isto, muitas vezes, a baixa resolubilidade da rede básica, acarretando sobrecarga para os serviços especializados. Este usuário teria que montar seu cardápio de serviços por sua conta e risco, buscando, onde for possível, o atendimento que precisa, independente do nível de complexidade e serviços ofertados. Por exemplo, é muito difícil conseguir acesso às cirurgias eletivas, independente da "porta de entrada" que esteja sendo usada pelo usuário (CECÍLIO, 1997). Não temos aqui a intenção de diminuir os avanços do sistema de saúde, especificamente a ABS, desde a implantação do PSF, mas, de forma geral, a integralidade da atenção à saúde não tem sido praticada em sua essência e, dessa forma, não resolve efetivamente os problemas

de saúde dos usuários. Ou seja, não tem promovido resolubilidade em sua plenitude.

A baixa resolubilidade é reforçada, sobretudo, pelo exercício hegemônico de um cuidado centrado no ato prescritivo e na produção de procedimentos, em ação substitutiva por uma prática que valorize os campos de saberes interdisciplinares, em relação entre si e com o usuário. Atualmente, as práticas não conduzem à autonomia, que em nosso entendimento seria a capacidade de o usuário andar a vida com seus próprios recursos, ou seja, quanto mais autônomo, menos dependente dos serviços. Isto só acontece se o usuário acionar dentro de si a potência de produção de vida, o que ocorre quando os serviços têm dispositivos de cuidado que produzem uma subjetividade desejante de vida no usuário. Este é o grande desafio da resolubilidade: produzir autonomia no usuário.

Outro aspecto importante é a rotatividade com que o usuário utiliza o serviço. Conforme analisam Santos e Assis (2006), nem sempre tem sido garantido o tratamento completo do usuário, o que gera a necessidade deste retornar à unidade. Nesse sentido, pode criar um ciclo vicioso, no qual a baixa resolubilidade acaba por gerar a permanência dos usuários por muito tempo no serviço, e nem assim se garante que irão solucionar seus problemas ou pelo menos tentar.

Diante desse contexto, criou-se nos serviços de saúde, entre trabalhadores e usuários, um imaginário que faz uma ilusória associação entre qualidade na assistência e insumos, exames, medicamentos e consultas especializadas. Assim, discussões sobre a resolubilidade vêm sendo travadas no interior das políticas públicas, considerando-a necessária para a melhoria da qualidade dos serviços e a concretização de um cuidado em saúde compartilhado, prazeroso e resolutivo.

Mas, afinal, o que seria resolubilidade? Santos e Assis (2006) concebem a resolubilidade como uma resposta ao problema de saúde, de forma a garantir ao usuário o acesso ao atendimento com acolhimento, vínculo e responsabilização, com vistas à produção de um cuidado integral. Seria, portanto, uma utopia a ser perseguida na prática.

Dimensões de análise	Definição
Acesso aos serviços de saúde	Envolve a localização da unidade de saúde próxima da população a qual atende, os horários e dias em que está aberta para atender, o grau de tolerância para consultas não-agendadas e a percepção da população quanto à conveniência destes aspectos do acesso (STARFIELD, 2004). Disponibilidade de recursos de saúde e capacidade da rede em produzir serviços que deem respostas às necessidades traduzidas em demandas pela população (ASSIS; VILLA; NASCIMENTO, 2003).
Acolhimento	Ações comunicacionais, atos de receber e ouvir a população que procura os serviços de saúde, dando respostas adequadas a cada demanda, em todo o percurso de busca (recepção, clínica, encaminhamento externo, retorno, remarcação e alta). (SANTOS et al., 2007).
Vínculo	Estreita-se com o acolhimento, ampliando os laços relacionais, desenvolvendo afetos e potencializando o processo terapêutico (SANTOS; ASSIS, 2006).
Coordenação ou Responsabilização pela produção do cuidado	Pressupõe "[...] alguma forma de continuidade, seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além do reconhecimento de problemas anteriores e novos. Inclui ainda o encaminhamento e acompanhamento do atendimento em outros serviços especializados" (STARFIELD, 2004, p. 63). Indica o espaço de relações e de responsabilização na ação de cuidar das pessoas, em um movimento voltado para a ampliação do ato terapêutico, valorizando as singularidades de cada usuário do serviço (CAMPOS, 2003).
Formação Profissional para o SUS	Significa compreender a atenção básica como área que requer formação específica e capacitação da equipe de saúde para desempenhar suas funções na produção do cuidado em saúde. A formação profissional é considerada fundamental, articulada ao processo de educação permanente dos profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família. Busca-se a reorientação do modelo de atenção que exige transformações importantes no processo de formação e no trabalho dos agentes envolvidos.
Resolubilidade	Resposta às demandas de acordo com as necessidades individuais e coletivas, seja na "porta de entrada", seja nos outros níveis de complexidade do sistema.

Quadro 1. Dimensões de análise da produção do cuidado em saúde

Fonte: Baseado em Assis, Villa, Nascimento (2003); Assis e outros (2007); Campos (2003); Franco e Magalhães Júnior (2003); Santos e outros (2007); Santos e Assis (2006); Starfield (2004).

2 DIMENSÕES METODOLÓGICAS

Trata-se de um estudo de avaliação de serviços de saúde com abordagem quanti-qualitativa. Este tipo de abordagem é adequado às avaliações de programas de saúde, no caso em foco o Programa Saúde da Família, pois, sendo a avaliação um processo que envolve os mais diferentes atores, a quebra do paradigma das abordagens avaliativas tradicionalmente quantitativas se faz necessária, para que possamos ter acesso à totalidade do processo.

Deslandes e Assis (2002) reconhecem a importância da interação metodológica entre as abordagens quantitativas e qualitativas para pesquisar e construir o complexo objeto saúde-doença-atenção. O quantitativo e qualitativo traduzem, cada qual a sua maneira, as articulações entre o singular, o individual e o coletivo, presentes nos processo de saúde-doença.

Complementam Minayo, Assis e Souza (2005) que a avaliação não é um evento isolado, mas sim um processo que integra avaliadores e avaliados na busca do comprometimento e do aperfeiçoamento dos indivíduos, grupos, programas e instituições.

Os cenários empíricos foram municípios componentes do Programa de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF) no interior do Estado da Bahia, que ocupam lugar estratégico na organização de redes de atenção à saúde, sendo considerados de referência para serviços de média e/ou alta complexidade nas diversas linhas do cuidado. Foram escolhidos dois municípios populosos do interior do Estado, um na Região Sudoeste e outro no Recôncavo (Região Centro-Leste), que se constituem nos maiores parques tecnológicos disponíveis de saúde pública; e mais dois municípios de médio porte, localizados estrategicamente nas macrorregiões nordeste e sudoeste.

Para a coleta de dados, foi utilizado um instrumento componente do *Primary Care Assessment Toll* (PCAT), formulado e validado para avaliar os aspectos críticos da atenção primária em países industrializados, desenvolvido na Universidade de Johns Hopkins (STARFIELD, 2004). Este instrumento foi adaptado e validado para o Brasil por Macinko, Almeida e Oliveira (2003) em Petropólis (RJ) e adaptado por Assis e outros (2009), para avaliar a produção do cuidado no PSF, com extinção das escalas de avaliação, reformulação de questões relacionadas ao PSF e incorporação de algumas questões qualitativas.

Na abordagem quantitativa, os participantes do estudo foram constituídos por três grupos de informantes: dirigentes do SUS (informante-chave), trabalhadores de saúde e usuários do SUS.

O tamanho da amostra do grupo de trabalhadores de saúde foi definido com base numa amostragem aleatória simples sem reposição, considerando a proporção de trabalhadores de saúde de cada município, admitindo-se um erro máximo de 1% entre a proporção encontrada na amostra e a verdadeira proporção populacional, e nível de significância de 5%. O valor encontrado foi distribuído proporcionalmente entre as categorias funcionais. Com os ajustes necessários, a amostra para o município da Região Centro-Leste foi constituída de 60 pessoas; já nos Municípios da Região Sudoeste, em um deles foram 71 os entrevistados e no outro os participantes foram 56.

Para o grupo de usuários, o tamanho da amostra também foi do tipo aleatória simples, sem reposição, considerando a população estimada para 2008 e a cobertura do Programa Saúde da Família de cada município, admitindo-se um erro máximo de 5% entre a proporção encontrada na amostra e a verdadeira proporção populacional, e nível de significância de 5%. A amostra final para o município da Região Centro-Leste foi constituída de 257 usuários; para os Municípios da Região Sudoeste, em um deles participaram 277 usuários e no outro 47 usuários.

Em relação ao grupo de dirigentes, a amostra foi intencional, com a escolha das representações que atuavam na gestão municipal e que tivessem uma articulação com a ABS e o PSF.

A coleta de dados quantitativa foi realizada em sete municípios, de acordo com os instrumentos de coleta de dados (Apêndices A, B e C). No entanto, neste livro, estão sendo apresentados alguns resultados da pesquisa de três municípios, mediante o recorte de variáveis, detalhadas em forma de gráficos e tabelas, evidenciando uma análise transversal de frequências relativas e absolutas. Ou seja, os instrumentos que constituem o apêndice retratam todo o estudo realizado e não apenas os dados ora apresentados.

Nesta produção apresentamos a análise qualitativa de um cenário da pesquisa da Região Nordeste, que tomou como espaço empírico de análise duas unidades de saúde da família, totalizando 21 entrevistados: 10 trabalhadores de saúde; 5 usuários e 6 dirigentes do SUS. Utilizamos como técnicas de

coleta de dados entrevistas e observações das práticas, que duraram 32 horas e foram registradas em diário de campo.

A análise dos dados foi orientada pelo método de análise de conteúdo temático exposto em Minayo (2000).

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UEFS, que avaliou sua pertinência, os objetivos da pesquisa e os riscos e/ou benefícios a que estão vulneráveis os participantes da investigação.

REFERÊNCIAS

ABREU DE JESUS, W.L.; ASSIS, M.M.A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 161-170, 2010.

ASSIS, M.M.A. **As formas de produção dos serviços de saúde**: o público e privado. 1998. 313 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.

ASSIS, M.M.A.; VILLA, T.C.S; NASCIMENTO, M.A.A. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 815-823, 2003.

ASSIS, M.M.A. et al. Atenção primária à saúde e sua articulação com a estratégia saúde da família: construção política, metodológica e prática. **Revista APS,** Juiz de Fora, MG, v. 10, n. 2, p. 189-199, jul./dez. 2007.

ASSIS, M.M.A et al. **Formulários (dirigentes SUS, trabalhadores e usuários) para avaliação da produção do cuidado no Programa Saúde da Família**. Feira de Santana: UEFS, 2009. (Digitado).

BAREMBLITT, G. **Compêndio de análise institucional e outras correntes**. 2. ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Ventos, 1994.

BERLINGUER, G. **Medicina e política**. São Paulo: Hucitec, 1978.

BRASIL. Ministério da Educação. CNE/CES. **Resolução CNE/CES/MEC n. 4, de 7 de novembro de 2001**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Brasília, 2001.

BRASIL. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Educação. **Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação Superior**. Brasília, 2001. Disponível em: <http://www.mec.br/sesu/diretriz.htm%20>. Acesso em: 25 set. 2007.

CAMPOS, G.W. de S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas: o caso da saúde. In: CECÍLIO, L.C. de (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 29-88.

CAMPOS, G.W. de S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, R.T.O.; CAMPOS, G.W.S. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, G.W. de S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 669-688.

CECCIM, R.B; FEUERWERKER, L.C.M. O quadrilátero da formação para área de saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004a.

CECCIM, R.B; FEUERWERKER, L.C.M. Mudança na graduação dos profissionais de saúde sob o eixo da Integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, 2004b.

CECÍLIO, L.C.O. Modelos tecnoassistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 13, p. 469-478, jul./set. 1997.

CIUFFO, R.S; RIBEIRO, V.M.B. Sistema Único de Saúde e a formação dos médicos: um diálogo possível? **Interface-Comunic**, **Saúde**, **Educ**., Botocatu, SP, v. 12, n. 14, p. 11-20, 2008.

DESLANDES, S.F.; ASSIS, S.G. Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo das diferenças. In: MYNAIO, M.C.S.; DESLANDES, S.F. (Orgs.). **Caminhos do pensamento**. Epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 195-221.

FERNANDES, F. **Dicionário de sinônimos e antônimos da língua portuguesa**. São Paulo: Globo, 2005.

FEUERWERKER, L.M. A formação profissional em saúde coletiva: dilemas e desafios. **Saude e Sociedade**, São Paulo, v. 4, n. 1-2, p. 147-152, 1995.

FEUERWERKER, L.M. **Além do discurso de mudança na educação médica**: processos e resultados. São Paulo: Hucitec, 2002.

FRANCO, T.B. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. **Interface – Comunic, Saúde, Educ.**, Botucatu, SP, v. 11, n. 23, p. 427-38, 2007.

FRANCO, T.B.; BUENO, W.S.; MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim/MG. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, abr./jun. 1999.

FRANCO, T.B.; BUENO, W.S.; MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). In: MERHY, E.E. et al. (Org.). **O trabalho em saúde**: olhando e experenciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 37-54.

FRANCO, T.B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E.E. et al. **Trabalho em Saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 125-133.

GIOVANELLA L.; FLEURY, S. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ, C. (Org.). **Política de Saúde**: o público e o privado. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996. p.177-198.

GOMES, M.C.P.A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, SP, v. 9, n. 17, p. 287-301, 2005.

MACINKO, J; ALMEIDA, C; OLIVEIRA, E. Avaliação das características organizacionais dos serviços de atenção básica em Petrópolis: teste de uma metodologia. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 243-256, 2003.

MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2001. p. 39-64.

MENDES, E.V. (Org.). **Distrito Sanitário**: o processo social de mudanças das práticas sanitárias no SUS. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.

MERHY, E.E. **Saúde a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E.E; FRANCO; T.B. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrado no campo relacional e nas tecnologias leves: apontando mudanças para os modelos tecnoassistenciais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 316-323, set./dez. 2003.

MINAYO, M.C.de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

MINAYO, M.C.; ASSIS, S.G.; SOUZA, E.R. (Orgs.). **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagens de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

RODRIGUES, A.A.A.O; ASSIS, M.M.A. Oferta e demanda na atenção à saúde bucal: o processo de trabalho no Programa Saúde da Família em Alagoinhas - BA. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 29, n. 2, p. 273-285, 2005.

SANTOS, A.M.; ASSIS, M.M.A. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática da saúde bucal no Programa Saúde da Família de Alagoinhas - BA. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 53-61, 2006.

SANTOS, A.M. et al. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 75-85, 2007.

SILVA JUNIOR, A.G. **Modelos tecnoassistenciais em saúde**: o debate no campo as saúde coletiva. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

SILVA JÚNIOR, A.G. da; MASCARENHAS, M.T.M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade. Aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. de (Orgs.). **Cuidado**. As fronteiras da integralidade. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec, 2004. p. 241-257.

SCHIMITH, M.D.; LIMA, M.A.D.S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1478-1494, nov./dez. 2004.

SOLLA, J.J.P. Acolhimento no sistema municipal de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 5, n. 4, p. 493-530, out./dez. 2005.

STARFIELD, B. **Atenção primária**. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

TEIXEIRA, C.F. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 257-277, set./dez. 2003.

CAPÍTULO 2

PRODUÇÃO DO CUIDADO NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA DE UM MUNICÍPIO DA REGIÃO NORDESTE DA BAHIA: ENCONTROS E DESENCONTROS

Marluce Maria Araújo Assis; Wilza Carla Mota Brito Lima; Maria Angela Alves do Nascimento; Túlio Batista Franco; Maria José Bistafa Pereira; Maria Salete Bessa Jorge

INTRODUÇÃO

Em 1988, a Constituição Brasileira possibilitou o desenvolvimento de ações e estratégias na perspectiva de promoção da saúde e qualidade de vida, ao implantar o Sistema Único de Saúde (SUS), como política de saúde nacional. O SUS deveria ser respeitado em todo território brasileiro e nos serviços de saúde de qualquer natureza, devendo, para tanto, estar organizado com base em três diretrizes: a descentralização, com direção única em cada esfera de governo; a participação da comunidade; e o atendimento integral.

Diante desse contexto, a Estratégia Saúde da Família, enquanto dispositivo de mudança do cuidado em saúde, evoluiu das características iniciais de um programa que operacionalizava uma política de focalização da Atenção Básica à Saúde (ABS) em populações excluídas do consumo dos serviços, para o sentido de estratégia com caráter substitutivo do modelo assistencial vigente, espaço de reorganização que possa garantir a universalização do acesso aos serviços de saúde (ASSIS et al., 2007; TEIXEIRA, 2003).

Assim, esse novo modelo teria que atentar para as necessidades de saúde da população em um determinado território, bem como articular mudanças na

organização da atenção de média e alta complexidade, guarnecidas por políticas de regulação e controle para assegurar a resolubilidade na rede de serviços. Ressaltamos a necessidade de desenvolver um novo jeito de fazer saúde, incorporando o conceito positivo de saúde e a integralidade da atenção no cotidiano das práticas, deslocando, dessa forma, o olhar centrado na doença.

No campo das práticas em saúde integral, mas especificamente nas relações estabelecidas no processo de trabalho das equipes, as tecnologias são compreendidas como um conjunto de saberes e instrumentos que expressam, nos processos de produção dos serviços, a rede de relações sociais entre agentes e práticas, conformada em uma totalidade social que é constituída não apenas pelo saber, mas também por seus desdobramentos materiais e não-materiais (MENDES-GONÇALVES, 1994).

Ao teorizar sobre a micropolítica do processo de trabalho em saúde, Merhy (2002) afirma ser um "trabalho vivo em ato", possível de acontecer em um processo de relações, em ato, em ação, no momento do trabalho, agregando a intersubjetividade, sempre que possível. Considera que as tecnologias que permeiam o trabalho em saúde são de três tipos: leve, opera no campo das relações; leve-dura, a que é operacionalizada com base em um saber estruturado, agregando a clínica médica e a epidemiologia; e a dura, aquela que utiliza as máquinas, os recursos tecnológicos.

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, crítico-reflexiva, por possibilitar o trabalho com universos de sentidos e significados sociais, e o envolvimento e a participação dos sujeitos por meio de diferentes olhares, saberes e práticas, capazes de refletir a totalidade do objeto em estudo em suas múltiplas dimensões.

O estudo foi realizado em duas unidades de saúde da família em que atuavam os profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de um município da região Nordeste do Estado da Bahia, Brasil. Na atenção básica funcionam duas estratégias de reorganização: o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF). Até dezembro de 2008, o município contava com 24 equipes de saúde da família, responsáveis por 52% de cobertura da população. As equipes de saúde bucal foram implantadas em 2001, contando, até o término da pesquisa de campo, com 12 equipes.

Como ponto de partida foi definido um número de entrevistados por grupo de representação, totalizando 21 pessoas: Grupo I: trabalhadores de saúde – 2 médicos, 2 enfermeiros, 2 técnicos de enfermagem e 4 Agentes Comunitários de Saúde (ACS); Grupo II: 5 usuários que utilizam os serviços ofertados pelo PSF foram escolhidos aleatoriamente no momento da observação no campo; Grupo III: 6 informantes-chave: um coordenador do PACS/PSF, um supervisor de unidade de nível superior, um supervisor de nível médio, um coordenador do setor de regulação, controle, avaliação e auditoria, um coordenador do setor de planejamento e um conselheiro municipal de saúde.

Os dados foram coletados no período de agosto a dezembro de 2008, orientados por roteiro, constando informações acerca do participante do estudo, em relação às práticas desenvolvidas no PSF, por meio das dimensões de análise de acesso: tipo de demanda, número de vagas, consultas agendadas, critérios de marcação de consulta, entre outros; acolhimento, vínculo-responsabilização quanto às relações estabelecidas entre os membros da equipe e os usuários do programa e responsabilização na definição do projeto terapêutico; e resolubilidade, ou seja, encaminhamentos para outras unidades, como são resolvidas as demandas dos usuários. As entrevistas foram gravadas, transcritas e conferidas com a gravação oral. As observações das práticas duraram 32 horas e foram registradas em diário de campo. Os entrevistados foram apresentados pela classificação que receberam, enquanto grupos e numeração, de acordo com cada entrevista. Por exemplo: grupo 1, entrevistado 1 (GI, Ent. 1).

A análise dos dados foi orientada pelo método de análise de conteúdo temático, com base em Minayo (1999), e pelas observações da prática, que possibilitaram uma análise dos elementos subjetivos que atravessam a produção da prática, referentes aos diversos momentos de fluxo de usuários na rede de atendimento SUS.

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da UEFS, que avaliou sua pertinência, objetivos e riscos e/ou benefícios a que estão vulneráveis os participantes da investigação.

Diante do exposto, a produção de práticas integrais no PSF deve ser pautada nas seguintes dimensões de análise: acesso, acolhimento, vínculo,

responsabilização e resolubilidade, conforme definições resumidas no Quadro 1, no primeiro capítulo deste livro.

Com base nessas considerações, estabelecemos o seguinte objetivo: analisar a produção do cuidado em saúde proporcionada pelo PSF de um município da região Nordeste da Bahia, considerando as dimensões de análise apontadas acima.

1 PRÁTICAS DE SAÚDE NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA: PROCEDIMENTO CENTRADO E ORGANIZADO EM LINHAS DE CUIDADO PROGRAMÁTICAS POR GRUPO DE RISCO

O PSF, mediante a incorporação de novas práticas de saúde, com possibilidades de promover saúde e prevenir doenças, trabalha com população adscrita e grupos populacionais bem definidos e abre possibilidades para ser o local ideal para o exercício de práticas e saberes alternativos ao modelo hegemônico. Referente a isto, quando abordados sobre as práticas desenvolvidas, os entrevistados afirmaram:

> O PSF foi modificado, pois o enfermeiro e o médico estão apenas medicando. O PSF, com tendência mais para saúde curativa, o PSF antes cuidava de toda uma família e via-se resultado. Hoje virou consultório; o paciente entra e muitas das vezes ele não chega nem a dizer o que sente [...] (G III, Ent. 6).

> Aqui na unidade, o médico atende, passa o remédio e também, às vezes, manda nós pra outro local. A gente participa da consulta, quando fala pro médico o que a gente sente. (G II, Ent. 5).

> Isso aí. A gente trabalha primeiro com as normas do Ministério, tratamento de hipertenso, a gente dá prioridade a quê? A medicação que tem do Ministério de Saúde [...] (G II, Ent. 8).

Constatamos, nos depoimentos dos grupos de entrevistados, que a prática desenvolvida no PSF está centrada em consultas médicas individuais e o

projeto terapêutico está pautado no ato prescritivo, contrariando a compreensão de uma estratégia que visa à transformação do modelo de atenção à saúde. Ou seja, teria que ser pautado na reorganização das práticas, articular e desenvolver projetos terapêuticos inclusivos, valorizar a singularidade de cada sujeito, bem como promover ações de saúde e preventivas que visassem intervir nas diversas dimensões relacionadas à forma de adoecer e sofrer das pessoas.

Os depoimentos dos entrevistados, expostos a seguir, convergem quanto à forma de organização do serviço de saúde, revelando que as equipes de saúde têm planejado suas ações com base na demanda e na oferta do atendimento aos usuários, incluindo linhas de cuidado direcionadas a grupos de risco. Neste sentido, contribuem para a permanência do modelo médico-centrado.

> Trabalham na lógica das práticas programadas, ainda que entendam sobre a Estratégia Saúde da Família. Atendimento pautado na clínica e encaminhamentos para outros níveis de atenção, onde o contexto familiar ou outros problemas associados são desconsiderados. (G III, Ent. 1).

> Cada equipe tem liberdade em usar estratégias para atender a sua demanda, seja por demanda organizada ou demanda espontânea, podendo ser ou não resolutivo. O serviço é distribuído por grupos de risco [...] (G III, Ent..2).

> Utilizam demanda livre e organizada por grupos de risco. (G III, Ent.. 6).

Durante o processo de observação da organização dos serviços ofertados pelo PSF, constatamos que este tem se conformado na prática em linhas de cuidado/elenco de serviços direcionados a ações programáticas, pautadas nas diretrizes das políticas centrais.

As Ações Programáticas em Saúde constituem um modelo que delimita o objeto de intervenção no âmbito dos serviços como necessidades sociais de saúde (ASSIS et al., 2007), definidas em função de critérios demográficos, socioeconômicos e culturais, o que promove o estabelecimento de recortes populacionais sobre os quais incidem as ações programáticas.

Assim, o principal objetivo desta proposta seria tentar aperfeiçoar as práticas, com incorporação crítica dos saberes, dos conhecimentos e das tecnologias disponíveis, para delimitar os objetos de intervenção, que seriam, neste caso, os grupos populacionais específicos – mulheres, idosos – ou problemas específicos que se apresentavam na prática clínica, relacionando-os no espaço social mais amplo das determinações sociais e políticas, com perspectiva focalizada de atendimento às demandas de saúde da população.

Este modelo, para Teixeira (2003), apresenta lacunas numa perspectiva macro-organizacional do sistema, uma vez que os programas em geral têm sido verticalizados e normativos, sem levar em conta o processo operativo e as características específicas das populações de seus territórios, das condições reais de vida, ficando, dessa forma, sem trabalhar a ideia de ações territoriais de prevenção, riscos e agravos.

Dessa forma, a ação programática promove recortes populacionais direcionados para os ciclos de vida como: criança, adolescente, mulher, adulto, idoso.

Identificamos também que, não obstante a organização da prática obedecer a esta lógica, os informantes-chave percebiam como esta vinha se conformando, porém, em suas falas, não apresentaram propostas para a reversão desta situação, talvez por ainda não terem despertado, de fato, para os processos de mudança no cenário local.

2 ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE RESTRITO E FOCALIZADO: DEMANDA ORGANIZADA X ESPONTÂNEA

O PSF poderia ser considerado "porta de entrada" para o sistema local de saúde, operando com uma nova lógica do processo de trabalho, diante do "novo modelo" que determina mudanças na política de saúde local, na perspectiva de universalizar a atenção em saúde, conforme preconiza o SUS.

Com base nas informações empíricas, foi possível perceber a existência de problemas organizacionais na rede de serviços de saúde do município, referente ao acesso, não só na ABS, mas em toda a rede de saúde:

> O PSF está muito longe de ofertar acesso e tem como nós o perfil profissional e a grande demanda. Algumas equipes ainda encaminham o usuário, outras não; a porta é fechada, aumentando, assim, a demanda, insatisfação e demora em responder a marcação e entrega dos exames. (G III, Ent. 2).

> A coisa não funciona; alguma coisa está errada, que o povo começa a ser maltratado e reclama que o posto não funciona, que tem fila, ou que o médico não trabalha todos os dias, ou que atende um turno só. (G III, Ent. 3).

O acesso é focalizado, ao restringir o atendimento público a determinados serviços ou programas, e a universalização da atenção traduz-se em um sistema segmentado e desarticulado no âmbito interno do sistema público e na cadeia organizativa do sistema (ASSIS; VILLA; NASCIMENTO, 2003).

Mesmo sendo contemplado dentro da política de saúde como facilitador para garantir o direito à saúde, o acesso aos serviços de saúde nem sempre tem sido garantido em sua concretude à população do município pesquisado. A realidade local, vivenciada durante o período da coleta de dados, revelou um sistema de saúde com serviços de atenção básica retratado em oferta restrita na porta de entrada: a recepção era modulada por cartazes informativos sobre o número de vagas, por ordem de chegada e por dias específicos para o atendimento a determinado grupo populacional, presença ou ausência do profissional, tipo de demanda e outros.

Evidenciou-se, durante o período de observação, que o acesso às consultas, em geral, era de responsabilidade da recepção da unidade, que utilizava como único critério para o número de vagas a serem distribuídas a ordem de chegada. Deste modo, não eram priorizadas as peculiaridades de cada usuário.

A primeira unidade operava com o acolhimento, como forma de organizar o serviço, porém mantinha o sistema de marcação de consultas para

médico com um diferencial, pois o usuário "[...] não precisava ir para a fila pegar a ficha" (G.II, Ent.5).

O PSF mantém um sistema de agendamento diário para consultas médicas; o agendamento para enfermagem ocorre com o pré-natal e a prevenção do câncer de colo de útero; para a odontologia, a distribuição de vagas e marcação do atendimento se dá em turnos, com dias e datas previamente agendadas por microárea, com exceção das intercorrências.

Dessa forma, constatamos, nas observações realizadas nesse município, que as "[...] recepções, nas unidades de saúde se mantêm burocratizadas e conduzidas por critérios administrativos e não técnicos" (SANTOS, 2005, p. 80), conforme estudo realizado anteriormente no mesmo município. Os depoimentos a seguir são confirmadores:

> As pessoas levantam duas, três horas da manhã pra vim pra cá tirar uma ficha [...] (G I, Ent. 3).

> [...] as filas continuam e os usuários saem de casa às 4 horas da manhã, sendo que o PSF só funciona as 7h30min e quando marca pra manhã atende, quando não, é pra tarde. (G II, Ent. 2).

> O paciente vem marcar, pega uma fila e marca; quem chegar primeiro, de acordo com a quantidade que ele atende, vai ser atendido, e aqueles que vêm sem marcar, no caso de uma urgência, fazem uma triagem e vai, se necessário, ser atendido logo ou não. (G I, Ent. 6).

Vale ressaltar que, mesmo após ter conseguido ultrapassar a barreira para conseguir marcar a consulta, o usuário precisa "driblar" mais uma fila para conseguir ser atendido no dia em que a consulta está marcada.

Diferentemente, uma das equipes pesquisadas tem um sistema de marcação mensal, com organização baseada nas microáreas por ACS. Esta marcação contempla as consultas médicas, de enfermagem e dentista, mas o agendamento está atrelado à marcação realizada pelo próprio usuário e obedece à hora de chegada.

Assim, é possível apontar que o sistema de saúde municipal configura-se como um sistema excludente, sem garantias para o atendimento, ao qual as pessoas, na tentativa de conseguirem uma vaga, começam a chegar cada vez mais cedo. Dessa forma, esta constatação confirma pesquisa realizada anteriormente no município, que identificou o acesso do usuário ao sistema com base em "[...] demanda espontânea [...] a disputa travada por uma vaga para conseguir ser atendido é injusta, configurando o serviço como um serviço excludente, conflituoso e tenso" (SANTOS, 2005, p. 80).

Observamos que o atendimento se dá de forma estruturada, em que a oferta é modulada em conformidade com os programas ministeriais, revelando um sistema que opera com linhas de cuidado dirigidas a determinados grupos considerados de risco.

A observação revelou ainda a ocorrência de consultas "exageradamente rápidas", realizadas em torno de cinco minutos/usuário, estabelecendo relações distantes entre os trabalhadores e os usuários. Os trabalhadores restringiam-se geralmente ao problema do momento, sem considerar movimentos capazes de identificar outros problemas que não estavam sendo postos naquele instante. O depoimento a seguir é ilustrativo:

> Ainda que a demanda seja grande é preciso melhorar a consulta profissional e as relações interpessoais. É necessário mudar o olhar profissional para a valorização dos movimentos próprios que terá um impacto positivo. (G III, Ent. 3).

Em síntese, as práticas subjetivas são pouco consideradas, estabelecendo uma escolha para as relações direcionadas à queixa, conduta, consultas e ações pautadas em procedimentos, gerando baixa resolubilidade, na medida em que os problemas de saúde são resolvidos de forma fragmentada e focalizada.

Considerar o PSF como "porta de entrada" é buscar integrá-lo em uma rede com níveis crescentes de complexidade, com acesso facilitado à população adscrita por meio de ações humanizadas e acolhedoras, situando os usuários no centro do processo e com certo grau de resolubilidade na cadeia do sistema (ASSIS; VILLA; NASCIMENTO, 2003).

Dessa forma, podemos pensar em uma atenção básica resolutiva, que responda às necessidades de saúde de uma dada comunidade, como um lugar implicado num território de acesso facilitado e próximo à vida cotidiana dos cidadãos, permeável a sua participação que, comprometido com uma atenção integral e com ações coletivas e intersetoriais de saúde, possa ser agenciada por um trabalhador coletivo, com a pretensão de construir e incorporar tecnologias e ações de saúde de modo processual. Ou seja, nada é definido *a priori*, pois se articula com um processo histórico, que depende da capacidade de reivindicação e ampliação concreta das necessidades/direitos dos usuários, da dinâmica de ampliação do cardápio de ofertas por parte da equipe de saúde e do investimento de um dado governo no estímulo e viabilização desse processo.

Assim, o PSF poderia ser contemplado como um espaço propício de relações próximas com a população adscrita, para desenvolver trabalhos coletivos articulados com outros setores e com práticas incorporadas por tecnologias e ações de saúde, sendo operadas de modo processual em busca da garantia da satisfação das necessidades e direitos dos usuários.

Podemos imaginar a Saúde da Família como estratégia que busque a superação do modelo hegemônico, na tentativa de retratar a produção do cuidado em si, para a construção de processos intercessores mediados pelos espaços de escutas, de saberes e práticas interdisciplinares.

3 ACOLHIMENTO DOS USUÁRIOS NO PSF: LIMITES E CONTRADIÇÕES DAS "BOAS RELAÇÕES" X RESOLUBILIDADE

O acesso está interligado ao acolhimento, sendo, portanto, necessário considerar que os serviços de saúde, para serem utilizados em sua plenitude, exigem a observância de outros aspectos além do acesso, a exemplo da confiança nos trabalhadores e na equipe, sem perder de vista a competência e responsabilização da equipe no atendimento ofertado na unidade de saúde.

O acolhimento propõe inverter a lógica de organização e funcionamento do serviço, partindo da premissa que é preciso atender a todas as pessoas

que procuram os serviços de saúde, garantindo o acesso universal. Enfatizamos também a necessidade de reorganizar o processo de trabalho, deslocando o eixo centrado no profissional médico para outro que valorize o trabalho em equipe, qualificando a relação trabalhador-usuário, utilizando parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania, tal como proposto por Franco, Bueno e Merhy (2003).

Dessa forma, no presente estudo, uma equipe de saúde da família mostrou-se como a que desenvolve o acolhimento, e este foi determinante para as mudanças no PSF, contribuindo para o estreitamento dos laços entre profissionais e usuários e proporcionando, ainda que relativamente, a resolubilidade. O depoimento a seguir é esclarecedor:

> [...] a equipe, após o projeto de pesquisa com intervenção, modificou a forma de organização do atendimento aos usuários, bem como a forma de acolher, como se portar diante da comunidade, como dar as respostas, sendo elas positivas ou negativas. (G I, Ent. 9).

O acolhimento possibilita modificação no processo de trabalho e potencializa a ação dos trabalhadores, uma vez que estes também passam a ser visualizados pelos usuários, que podem se sentir corresponsáveis pelo atendimento ofertado à comunidade, conforme refere a entrevistada:

> [...] o acolhimento começa pela capacidade do profissional em convencer o usuário que existem prioridades. e então, se conversar, se fizer esse trabalho de conversa no balcão, eles entendem e aí ficam satisfeitos. Com isso, acabou fila de madrugada. (G I, Ent. 1).

O acolhimento está pautado em ética, tolerância entre os diferentes, inclusão social com escuta clínica solidária e compromisso da cidadania. Portanto é resultante das relações no processo de atendimento, no encontro entre trabalhadores e usuários, com possibilidades de negociações para identificar as necessidades, com consequente criação de vínculo, estímulo e aumento do coeficiente de autonomia, como referem Schimith e Lima (2004).

Durante o período da pesquisa, nas idas e vindas à unidade, percebemos as diferenças em seu agir no dia a dia, mesmo sem a presença do médico e/ou do enfermeiro. A população procura o PSF em busca de atendimento e/ou agendamentos.

Assim, a questão do atendimento está atrelada à demanda organizada pela oferta restrita na "porta de entrada" – a recepção. Nessa direção, a forma como se dá o acesso dos usuários ao PSF pode conflitar com o princípio da universalidade, considerando que este é regido por critérios como ordem de chegada, cartazes explicativos sobre número de vagas, dias específicos de atendimento dos grupos, trabalhador presente ou não na unidade, tipo de demanda, triagem ou seleção prévia de alguns casos, dentre outras formas de regular o acesso ao serviço.

Paradoxalmente, uma das equipes mantém o sistema verticalizado de atendimento, modulado apenas pelo agendamento de consultas de forma exclusiva, salvo os casos de emergência e urgência. Nas observações a este PSF, percebemos que, além do agendamento, o serviço é subdividido pelos critérios das microáreas por ACS. A marcação da consulta só ocorre uma vez por mês, excluindo possibilidades de atendimento por um período de 30 dias.

O diálogo seria a condição para acontecer o acolhimento, por meio da escuta e do envolvimento com a queixa do outro, na resolução dos problemas apresentados por ele, sendo imperiosa a corresponsabilização e procura pelo melhor cuidado.

Os depoimentos dos usuários convergem para o fato de que o início do estabelecimento de vínculo se dá pela recepção ou técnica de enfermagem e, nesse momento, são passadas todas as informações necessárias, às vezes até definindo se o caso apresentado pelo usuário é um problema a ser resolvido posteriormente ou não.

Assim, o direito de acesso ao serviço é cerceado pelos trabalhadores da recepção e configura-se como um desencontro entre o usuário e o serviço – um não acolhimento. Ou, como diz Merhy (1994, p. 138):

> [...] a função da porta não é mais barrar e limitar o atendimento e, sim, responder aos problemas que ali aparecem de modo criativo, explorando ao máximo as tecnologias leves de que dispomos em nosso saber e em nossas relações.

Entretanto os usuários entrevistados mostraram-se satisfeitos com o serviço ofertado pelo PSF. Ainda que percebam as dificuldades em algum momento, de maneira geral apontam o atendimento como bom. A insatisfação apresenta-se em relação ao acesso aos serviços de média e alta complexidade. Para uma entrevistada:

> O acesso a média e alta complexidade só existe na teoria [...] a cidade não tem oferta suficiente para a demanda existente e, ao invés de falar que não a tem, preferem criar barreiras. (G.II, Ent. 4).

As falas dos três grupos de entrevistados são retratadas nos fragmentos transcritos a seguir:

> Falta informação quanto às cotas. A vaga existe e isso não acontece; as marcações se acumulam. Marcação não é garantia de atendimento chega lá não tem a vaga [...] (G III, Ent. 2).

> [...] muito difícil eu receber uma contra referência de uma especialista. Hoje em dia estou fazendo relatório rápido de marcação. (G I, Ent. 1).

> Para agendar e marcar as consultas, o usuário precisa vir de madrugada. Se a pessoa não chegar no horário certo, não tem mais ficha. As pessoas levantam duas, três horas da manhã, pra vim pra cá tirar uma ficha. (G II, Ent. 3).

Esta referência estaria associada à questão dos níveis de atenção à saúde, de acordo com o grau de necessidade de cada usuário e com base no grau de complexidade, para tentar ofertar atenção integral à saúde das pessoas, dentro das atribuições estabelecidas para cada nível de atenção, com um fluxo ordenado de usuários.

Consideramos difícil o acesso aos serviços especializados. Geralmente, a demora resulta de desistência por parte do usuário da consulta agendada, pois o número de consultas em especialidades é insuficiente frente às necessidades das pessoas, independente da "porta de entrada" que esteja sendo utilizada. Como as pessoas entram no serviço por onde é mais

fácil o acesso, o usuário teria que montar seu cardápio de serviços por sua conta e risco, para buscar onde fosse possível o atendimento que precisa (CECÍLIO, 1997).

O sistema de saúde local deve estar organizado de forma a atender os usuários nos procedimentos de maior complexidade, facilitando, assim, o acesso da população à resolubilidade de seus problemas de saúde. Durante o período de observação, foi possível perceber essa dificuldade, tanto por parte dos usuários quanto dos trabalhadores do PSF, que a enfrentam juntos, ainda que não compreendam estar lado a lado. Foi possível perceber, nos momentos da observação, certa angústia por parte dos profissionais, quando diziam mais uma vez ao usuário que o exame não havia retornado da marcação de consulta.

Nessa direção, cada equipe de saúde é responsável por um conjunto de problemas muito bem delimitados e pelo planejamento e execução de ações capazes de resolvê-los. Isto ocorreria por meio da vinculação de cada equipe a certo número de pacientes previamente inscritos, pelo atendimento de certa parcela da demanda que espontaneamente procura a unidade, bem como pela responsabilidade em relação aos problemas coletivos, como admitem Merhy e Franco (2003).

Dessa forma, é necessário ampliar e reformar a rede básica de atenção à saúde, para que ocorra, de fato, maior resolubilidade no SUS, com promoção da saúde, prevenção de riscos e cuidado com as doenças, bem como a reabilitação de pessoas com problemas crônicos, tendo como "imagem objetivo", a integralidade nos serviços de saúde com satisfação do usuário.

A pesquisa mostra os limites relacionados à resolubilidade de muitos problemas de saúde que chegam até as equipes de saúde. Pelas informações empíricas foi possível perceber problemas relacionados à falta de articulação na rede de serviços de saúde, dificultando a garantia do acesso da população aos diversos níveis de complexidade do sistema, que foge, em muitos momentos, da governabilidade dos trabalhadores de saúde.

4 VÍNCULO – RESPONSABILIZAÇÃO: ENCONTROS E DESENCONTROS ENTRE EQUIPE, COMUNIDADE E GESTÃO DO PSF

A ABS, ao utilizar tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade para tentar resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância, deveria orientar-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação, vínculo e continuidade, integralidade e responsabilização, humanização, equidade e participação social.

Assim, o vínculo, enquanto dispositivo orientador de práticas integrais, poderia ser usado para tentar compreender as relações sociais no interior das equipes, por meio do envolvimento entre os trabalhadores e as pessoas da comunidade do território adscrito, bem como do papel que a gestão tem assumido na busca da responsabilização e da interação entre os sujeitos na organização das práticas de cuidado.

Os depoimentos dos entrevistados do grupo dos trabalhadores convergem para a percepção da existência do vínculo entre a equipe do PSF e o usuário, como podemos constatar em suas falas transcritas a seguir:

> Existe entre a equipe saúde e usuários um vínculo de confiança, interação; não existe um bloqueio, ir lá quando... um, não sei como perguntar quando chegar lá, então já existe uma boa convivência, não existe atrito, barreiras pra poder se dar esse contato direto é, comunidade e profissional. (Grupo I, Ent. 8).

> Com os usuários também tem uma relação de confiança mesmo, porque, quando a gente procura fazer um bom trabalho, eles confiam. Então a gente tem mesmo esse vínculo muito grande, esse contato muito grande com a comunidade. Eles sabem que não existem barreiras entre a gente. Ele chega, tem a abertura ali, o canal é aberto o tempo todo, então isso favorece o vínculo e esse respeito que a gente tem. (Grupo I, Ent. 9).

> O maior vínculo existe com os ACS e a comunidade, e de um ano prá cá que a equipe vem se aproximando mais dos usuários. Já tivemos aqui situação que o povo vinha porque não tinha jeito [...] e a responsabilidade... acha que todo mundo se responsabiliza. (Grupo I, Ent. 10).

Foi possível perceber que o grupo dos trabalhadores entende e sente a necessidade do estabelecimento do vínculo com os usuários. Em algumas equipes, entretanto, percebemos que ainda não conseguem interação com a comunidade, para o estabelecimento de vínculos com responsabilidade.

Dessa forma, a entrevistada 9 do grupo de trabalhadores, pertencente à equipe de saúde que trabalha com o dispositivo do acolhimento, afirma não existir barreiras entre a equipe e a comunidade, e a mudança na forma de acolher positivou a relação, construindo vínculo pela aproximação de quem cuida e de quem recebe o cuidado.

A mudança das práticas não é um ato isolado do trabalhador, visto que este precisaria de suporte consistente para desenvolver suas ações criativas. Entretanto, considerando que o sistema de saúde é desenhado como integrado, é preciso garantir o atendimento em todos os níveis de complexidade do sistema. Além disso, os trabalhadores teriam que estabelecer uma rede de compromissos com os usuários que demandam cotidianamente os serviços.

Para os entrevistados, alguns trabalhadores conseguem estabelecer mais vínculos do que outros, a exemplo dos ACS e enfermeiro. Vejamos o que dizem:

> Informa que na USF quem se responsabiliza, normalmente é a enfermeira, mas a equipe toda toma conhecimento. (G I, Ent. 6).

> O vínculo e o acolhimento acontecem a partir do agente comunitário, que cadastra as famílias, acolhe, orienta, apresenta para as pessoas o serviço de saúde, como é que ele funciona. (G I, Ent. 4).

Deste modo, o processo de vinculação da equipe não é uniforme, seria montado por etapas, nas quais apenas alguns trabalhadores vão criando laços com a noção de vínculo, associada apenas ao que seriam as "boas relações" para conhecer as pessoas e seus problemas, a amizade e o tratar bem.

Tomar conhecimento não é envolver-se e nem responsabilizar-se, uma vez que o vínculo deve ser extensivo a toda a equipe de saúde, para que possa atender efetivamente as demandas e necessidades dos sujeitos reais do trabalho

em saúde. Além disso, como alertam Schimith e Lima (2004), é necessário que o projeto de acolhimento e produção de vínculo seja de toda a equipe, a fim de que se concretize um trabalho humanizado, acolhedor e integral.

Para o estabelecimento de vínculo é preciso muito mais do que apenas conhecer as pessoas de sua área de abrangência; é necessário criar condições de envolvimento e compromisso, pela responsabilização e interação dos gestores, trabalhadores e usuários, na busca da organização das práticas do cuidado e, por conseguinte, do sistema de saúde.

Então, podemos concluir que, para criar vínculos, é preciso refletir sobre a responsabilidade e o compromisso que a equipe tem com o usuário de seu território social, e com os tipos de problemas que eles apresentam. Dessa forma, criar vínculos implica ter relações próximas e claras, com sensibilização com o sofrer do outro e/ou da população, com possibilidades de permitir a ocorrência do processo de transferência entre o usuário e o trabalhador, sempre em busca da construção da autonomia do usuário.

Não seria possível imaginar que apenas um trabalhador, sozinho, fosse capaz de criar vínculos, pois este precisaria de outros sujeitos para criar uma rede de proteção com responsabilidade em dar respostas aos problemas, que em sua grande maioria fazem interface direta com o sistema de gestão. Isto porque, algumas necessidades extrapolam o campo de ação da equipe e, portanto, necessitariam de uma ação mais resolutiva, comprometida com os usuários e com os profissionais, já que estes acabam por se sentir também desvinculados do sistema.

As entrevistas no grupo dos informantes-chave trazem algumas questões mais amplas, do ponto de vista da gestão, ao considerar que:

> [...] um problema que poderia ser resolvido ali, apenas com um gesto, uma palavra, uma atitude, termina virando aquela bola de neve [...] (G III, Ent. 6).

> [...] se não houver formação de vínculo afetivo, nada sai bom e, portanto, o usuário vai à busca de um atendimento mais especializado [...] e não vinculação no PSF. Significa dizer que esse paciente não volta para o PSF; pessoas não têm só hipertensão e diabetes. (G III, Ent. 5).

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) deveriam ser resolutivas ao máximo, procurando sempre tentar resolver os problemas de saúde de seus usuários e encaminhar apenas os casos para os quais não tenham capacidade tecnológica, no sentido de tecnologia do tipo dura.

Ter ação resolutiva não se limita a ter uma conduta, mas, além disso, implica em colocar a possibilidade de usar tudo o que se dispõe para eliminar o sofrimento e as causas reais do problema do paciente. E também colocar à disposição do paciente toda a tecnologia disponível, a fim de conseguir o diagnóstico e o tratamento adequado a cada caso, na dimensão individual e coletiva dos problemas de saúde por ele demandados (MERHY, 1994).

Dessa forma, seria importante pensar o vínculo como um instrumento capaz de potencializar transformações na prática. Ele pode ser vislumbrado como a ideia de maior eficácia, por meio do aumento da cura como a noção que valoriza a constituição de espaços propícios à produção de sujeitos autônomos, tanto trabalhadores como usuários.

A gestão deve ter um papel primordial para criar possibilidades junto às equipes, para que estas se tornem vinculadas a sua comunidade e vice-versa, buscando efetivar na prática um SUS mais humanizado e acolhedor, na busca da integralidade das ações:

> A coordenação do PSF tenta fazer a interlocução com as unidades de saúde, através do coordenador da unidade, do médico ou do enfermeiro, o motivo do problema do usuário não ter conseguido atendimento, na tentativa de identificar, se houve falha na relação da rede de serviços. (G III, Ent. 1).

Enfim, percebemos também que o papel do gestor não deve se limitar a fazer a interlocução entre o usuário e a equipe, quando o usuário não consegue atender a sua necessidade. Ou seja, precisaria ir muito além, promovendo e potencializando a equipe, mediante subsídios e resolução de problemas na rede SUS, impactando no dia a dia da unidade, para possibilitar o encontro entre os sujeitos envolvidos no processo.

REFERÊNCIAS

ASSIS, M.M.A. et al. Atenção primária à saúde e sua articulação com a estratégia saúde da família: construção política, metodológica e prática. **R. APS,** Juiz de Fora, MG, v. 10, n. 2, p. 189-199, jul./dez. 2007.

ASSIS, M.M.A.; VILLA, T.C.S; NASCIMENTO, M.A.A. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Ci. & Saúde Col.**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 815-823, 2003.

CECÍLIO, L.C.O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **C. Saúde Públ.**, São Paulo, n. 13, p. 469-478, 1997.

FRANCO, T.B.; BUENO, W.S.; MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim. In: MERHY, E.E. et al. (Orgs.). **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 37-54.

MENDES-GONÇALVES, R.B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

MERHY, E.E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, L.C.O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 117-160.

MERHY, E.E. **Saúde a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrado no campo relacional e nas tecnologias leves: apontando mudanças para os modelos tecnoassistenciais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 27, p. 316-323, 2003.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 6. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

SANTOS, A. M. **Da fragmentação à integralidade**: construindo e (des)construindo a prática da saúde bucal no Programa Saúde da Família de Alagoinhas - BA. 2005. 228 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)

Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2005.

SCHIMITH, M.D.; LIMA, M.A.D.S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Públ.**, São Paulo, n. 20, p.1487-1494, 2004.

TEIXEIRA, C.F. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 257-27, 2003.

CAPÍTULO 3

LINHAS DO CUIDADO E RESPONSABILIZAÇÃO NO PSF DE UM MUNICÍPIO DA REGIÃO SUDOESTE DA BAHIA: UM OLHAR ANALISADOR

Adriano Maia dos Santos; Clávdia Nicolaevna Kochergin; Sandra Rego de Jesus; Daniela Arruda Soares; Marluce Maria Araújo Assis; José Patrício Bispo Júnior; Josenildo de Sousa Alves; Iva Karla Silva da Nóbrega; Maria Angela Alves do Nascimento

APRESENTAÇÃO

Os catalisadores da discussão propostos por esta avaliação são as linhas que atravessam a produção do cuidado na prática das equipes da Saúde da Família, com um olhar analisador que possibilite investigar sua potência para desencadear processos criativos e inovadores ou, ao contrário, burocráticos, programáticos e não cuidadores.

O desafio de aproximação às possíveis respostas requer um esforço na leitura das abordagens de autores com inclinação para as análises comparadas de sistemas de saúde que adotaram a Atenção Primária em Saúde (APS), bem como de investigadores da vertente das análises institucionais e avaliadores das micropolíticas em saúde. Há, todavia, uma tendência na literatura de uma clivagem entre tais abordagens (macro e micro abordagens), o que representa uma visão parcial dos problemas estudados, embora tais opções teórico-metodológicas respondam a visões de mundo que *a priori* não devem ser tomadas como melhores ou piores.

O caminho metodológico empregado nesta investigação foi a pesquisa avaliativa de cunho quantitativo – estudo de caso. O cenário municipal foi

intencionalmente escolhido, pois atendia aos critérios da pesquisa multicêntrica, da qual esse recorte analisado faz parte. A coleta de dados foi realizada mediante a utilização de inquéritos validados em estudo realizado por Macinko, Almeida e Oliveira (2003), aqui aplicados a trabalhadores do Saúde da Família. Os sujeitos do estudo foram constituídos por 28 agentes comunitários de saúde (ACS), 10 auxiliares de enfermagem, 5 enfermeiros, 5 médicos, 4 auxiliares de consultório dentário (ACD) e 4 odontólogos, totalizando 56 trabalhadores. Do total das 38 equipes de PSF existentes, foram entrevistados trabalhadores de 13 Unidades de Saúde da Família (USF), correspondendo a 22 equipes.

1 PONTO DE PARTIDA

A Atenção Primária em Saúde (APS), denominada no Brasil de Atenção Básica, ganha corpo e torna-se uma estratégia de organização do sistema de saúde, a partir da década de noventa, pendulando entre políticas focalizadas e com pacote básico de serviços para grupos específicos ou, ao contrário, como atenção ampliada e porta de entrada preferencial, atuando como coordenador do sistema nos demais níveis de atenção (CONILL, 2008; SOUZA; HAMANN, 2009).

Inúmeras investigações acerca das reformas dos sistemas de saúde, em diferentes países, demonstram evidências que consubstanciam e dão robustez às iniciativas de implementação e defesa dos sistemas públicos universais baseados na APS (GIOVANELLA, 2006; OPAS, 2005; ROHDE et al., 2008; WHO, 2008).

Contudo, a avaliação sobre quais aspectos são peculiares a APS e capazes de torná-la uma estratégia de reforma setorial com capacidade para resolver os problemas de saúde da população requer o aprofundamento, segundo Macinko, Starfield e Erinosho (2009), em quatro temas: 1) no conceito da APS e em cada um de seus atributos – serviço de primeiro contato (porta de entrada), longitudinalidade (atenção ao longo do tempo), integralidade e coordenação entre os distintos níveis de atenção; 2) em estruturas conceituais que posicionem o lugar da APS em relação às influências biológicas, sociais e ambientais nos

estudos e sirva de parâmetro às avaliações de diferentes níveis e dados; 3) nas especificações e medidas dos sistemas de APS, incluindo estrutura (contribuições e políticas), processo (modalidade e disponibilidade de serviços), resultados e produção de saúde; 4) em desenhos rigorosos de pesquisas que avaliem os efeitos da APS ao longo do tempo, individual e coletivamente.

Além dos atributos da APS ou elementos estruturais, de acordo com Macinko, Almeida e Oliveira (2003), devem-se considerar também os elementos processuais – utilização de serviços e o reconhecimento das necessidades da população. Para os autores "[...] são necessários um dos quatro elementos estruturais e um dos dois elementos processuais (desempenho) para medir o potencial e o alcance de cada um dos atributos da atenção primária" (MACINKO; ALMEIDA; OLIVEIRA, 2003, p. 247).

No Brasil, as análises e avaliações do Programa Saúde da Família (PSF) têm sido impulsionadas desde sua implantação como demanda acadêmica ou como necessidade de gestão, revelando "convergências e dissonâncias" com o Sistema Único de Saúde (SUS), (COHN, 2009), uma "agenda incompleta" em relação à cobertura para os grandes centros, a co-responsabilidade do financiamento e a política de capacitação, formação e educação permanente (SOUSA; HAMANN, 2009) e a gestão do trabalho (ASSIS; ALVES; SANTOS, 2008; OLIVEIRA, 2009).

Cada tópico citado abre um leque de possibilidades de novas investigações nas macro e micro políticas, podendo-se, portanto, canalizar esforços para vasculhar as entranhas do PSF nos mais distintos aspectos. Por sua vez, o debate e as avaliações em torno da implementação do PSF em grandes centros urbanos (mais de cem mil habitantes) têm sido induzidos pelo Ministério da Saúde, principalmente em municípios que foram contemplados com o Projeto de Expansão e Consolidação do Programa Saúde da Família (PROESF), cujo objetivo é ampliar a cobertura e o acesso à atenção primária nessas regiões, com expansão do PSF.

A cidade, cenário da pesquisa, na Bahia, com 318.901 habitantes (IBGE, 2009), atende a tal demanda e, por isso, faz parte desse esforço entre pesquisadores e gestores para avaliar a produção do cuidado em saúde e a construção da integralidade com base no PROESF. Com uma cobertura de 52%, o município apresenta os desafios para implementação do PSF comuns aos grandes centros urbanos. Para Nascimento e Costa (2009), os

desafios do modelo de saúde da família nos grandes centros urbanos seriam: exclusão e pobreza, situação territorial e predial, fragmentação e segregação, mobilidade e acesso, violência urbana, padrão de consumo de serviços, competição entre esferas de governo e financiamento.

As inquietações apresentadas até aqui se circunscrevem no terreno das macropolíticas, todavia a expansão da cobertura e do acesso é insuficiente para modificar os modos de produzir saúde, podendo, inclusive, reproduzir e/ou manter maneiras iatrogênicas no processo do cuidado, uma espécie de cuidado ao inverso.

Uma consideração importante é que a concepção da saúde é sempre polifônica, daí a diversidade de maneiras de materializá-la: ora informada pela biomedicina, ora pelo sobrenatural, ora pela tradição. Não há previamente uma verdade; há formas distintas de explicações e, consequentemente, de intervenções. A hegemonia do saber biomédico ocidental, muitas vezes, impõe uma única verdade que, dependendo da intencionalidade, traduz a saúde como um bem de uso ou de troca. Nesse sentido, também os sujeitos capturados por estas "verdades" constroem seu conjunto de valores, seus desejos e suas mediações com o mundo, produzindo distintos modelos de atenção e cuidado em saúde.

Por essa óptica, torna-se necessária uma avaliação que leve em conta os aspectos da *práxis* no processo de trabalho em saúde, ou seja, como os trabalhadores utilizam as tecnologias para produção do cuidado.

2 PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE: TECNOLOGIAS PARA PROJETOS TERAPÊUTICOS CUIDADORES

No Brasil, muitas discussões têm ocorrido acerca do setor saúde, visando maior cobertura e resolubilidade das ações na rede de atenção, com ênfase na Saúde da Família. A prestação de serviços deve ocorrer de maneira a prover tecnologias diferentes e adequadas às necessidades apresentadas pelo indivíduo e pela coletividade. Assim, com a tecnologia apropriada, o sistema funcionaria baseado na referência e contra-referência, visando à integralidade e à produção do cuidado em saúde. A ideia básica da organização do sistema é

tornar o PSF a “porta de entrada” preferencial (coordenador), para que os demais níveis sejam coerentes com cada demanda/necessidade dos usuários.

Para tanto, o debate em torno do uso das tecnologias deve ser revisitado. O clássico *Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde,* de Mendes-Gonçalves (1994), é o ponto de inflexão para esse tema. O autor discute a questão do processo de trabalho em saúde e aprofunda a questão peculiar na intermediação entre trabalhador e usuário, constatando que ambos têm a mesma ontologia e se afetam reciprocamente. Na afecção dos sujeitos é que o trabalho em saúde se produz e o resultado é sempre fruto da ética do encontro. Contudo há uma assimetria tecnológica (o saber) entre trabalhador e usuário que posiciona este no processo de trabalho em saúde, enquanto sujeito (com autonomia e singularidade respeitadas), paciente (reduzido a um agravo, com autonomia limitada) ou consumidor/cliente (adscrito a uma enfermidade ou situação nosológica mensurável por um valor monetário).

Peduzzi e Schraiber (2009) debatem a produção de Mendes-Gonçalves e esclarecem a questão das tecnologias ou instrumentos de trabalhos que intermedeiam o encontro trabalhador-usuário durante o processo de trabalho, sendo esses materiais (equipamentos, medicamentos, entre outros) e não-materiais (os saberes). Os autores ressaltam que “[...] os instrumentos de trabalho tampouco são naturais, mas constituídos historicamente pelos sujeitos que, assim, ampliam as possibilidades de intervenção sobre o objeto” (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2009, p. 322).

Uma abordagem mais ampliada e inventiva é proposta por Merhy (2007) em debate profícuo com a produção intelectual de Mendes Gonçalves (1994). O autor amplia esta rica produção, ao reconhecer que este fazia uma dobra entre tecnologia material e não-material, constatando que, nessa interface, o inusitado não era possível, pois o saber e os instrumentos materiais já estavam dados *a priori*, havendo pouco espaço para linhas de fuga. Nesse campo, Merhy (2007) inaugura uma terceira dimensão da tecnologia – a relacional. O autor percebe que, no mundo do trabalho em saúde, no encontro do trabalhador com o objeto de sua intervenção (usuário, paciente, cliente), a produção se dá no instante em que é consumido o que ele denomina de “trabalho vivo em ato” (MERHY, 2002) e essa dimensão tecnológica ele nomina de “tecnologia leve ou relacional”. As demais dimensões são renomeadas por Merhy (2002,

2007) como tecnologias duras (máquinas, equipamentos, protocolos, entre outros) e leve-duras (o conhecimento prévio, os saberes).

Com tais aparatos teóricos pode-se compreender a riqueza e a complexidade do processo de trabalho em saúde, ou seja, nos modos de produzir o cuidado. Não existe uma hierarquização entre as tecnologias, nem tampouco elas têm um valor em si mesmas; a categorização das dimensões tecnológicas permite aos *policy-makers* e *stakeholders* atentarem para as escolhas mais adequadas e qualificadas que deem conta de enfrentar os problemas de saúde individuais e coletivos.

Convergindo nessa discussão, Merhy (2002) e Merhy e Franco (2009) debatem a reestruturação produtiva. A questão em disputa é a mudança ou a manutenção do núcleo tecnológico na produção do cuidado. A reestruturação produtiva em saúde implica em organizar o processo de trabalho, reconhecendo que as motivações são diversas (corporativas, burocráticas, políticas, mercado ou pela qualidade no cuidado); sendo assim, não há garantias para que mudanças no processo de trabalho se revertam em melhores modos de cuidar; a dependência centraliza-se no modo de escolha e uso das tecnologias leves, leves-duras e duras. Ou seja, o que impacta na produção do cuidado é a mudança no núcleo tecnológico, por conseguinte na *práxis* do trabalho vivo em ato.

Por sua vez, a reestruturação produtiva e a incorporação de tecnologias leves mediadoras do cuidado não podem depender da "boa vontade" de cada trabalhador ou do "perfil/vocação" de cada sujeito. A gestão precisa ser qualificada (projeto político implicado com o público) e a cultura organizacional (singularidades do processo de trabalho) precisa convergir para um projeto de reciprocidades de responsabilidades com a vida das pessoas. Rivera (2006) problematiza tais possibilidades com a proposta de uma Gestão pela Escuta.

Sem a incumbência de esgotar tais provocações, percebe-se que a reestruturação produtiva em saúde só tem sentido mediante o uso racional das tecnologias, embasadas em evidências racionais, direcionadas para o cuidado das pessoas, na perspectiva de incorporação de modos tecnológicos de trabalhar que respondam a um ideal de solidariedade, alicerçado nos pilares da universalidade, equidade e participação das pessoas nas escolhas. Assim, mais que reestruturar a produção, precisa-se valorizar os atos de

fala e realizar escutas qualificadas, estabelecer vínculos, pactuar responsabilidades, mediante transição tecnológica, na qual o trabalho vivo seja o cerne do processo de trabalho.

3 PROCESSOS FORMATIVOS PERMANENTES E A INTRODUÇÃO DE NOVOS DISPOSITIVOS PARA O CUIDADO

Julga-se imprescindível, com base em Campos (2000) e R. Campos e G. Campos (2006), a mudança nos serviços de saúde a partir da discussão colegiada entre os diferentes sujeitos sociais. Por meio da co-participação, os ruídos seriam captados, transformando-se em possibilidades de construção de uma nova maneira de conceber e ofertar os serviços, para que estes deem conta de responder às expectativas do usuário e do trabalhador em saúde.

Na mesma direção, ideias inspiradas em Merhy (2007) propõem a evidência dos trabalhadores em saúde como sujeitos políticos, disponibilizando o conhecimento como tecnologia principal, para dar conta de novos arranjos nos processos de trabalho em saúde. Para o autor, os trabalhadores estão condenados à liberdade no agir, estando, portanto, implicados, inexoravelmente, com a produção da vida.

Essa tecnologia (o saber), potencializada nos espaços educativos/formadores, deve ser compartilhada entre a gestão, os trabalhadores e os usuários, valorizando a potência de cada sujeito, para garantir sua autonomia e, desta forma, permitir um avanço qualitativo no processo de trabalho em saúde. Na verdade, cada trabalhador é também gestor do cuidado, existindo, nesse sentido, microgestões na produção do cuidado em saúde a cada encontro entre trabalhador-usuário. Compreender e desencadear formas democráticas de manifestação desses processos, bem como criar formas de captar/avaliar tais aspectos microssociais é o desafio posto às novas pesquisas em saúde.

Conceber tal aspecto requer uma gestão dos processos de trabalho atenta a uma nova dimensão – a educacional – que tencione a formação dentro das Instituições de Ensino Superior e Instituições de Ensino Técnico, abrindo

espaços, nos serviços, à Educação Permanente para os dirigentes do sistema e para o conjunto de trabalhadores do serviço. É preciso também que viabilize a compreensão do significado do processo de ensino-aprendizagem para que, concretamente, produza ações educativas/de cuidado em saúde na comunidade que impactem nos indicadores sociais, tornando-se uma atividade menos burocrática e/ou menos amadora.

Considera-se que o trabalho em saúde, além de exaustivo, pode contribuir para a alienação dos trabalhadores, caso estes não sejam estimulados permanentemente a aprender no cotidiano, bem como não encontrem espaço para transbordar sua criatividade. A Saúde da Família, com a necessidade de 40 horas semanais de trabalho, pode tornar-se um território de negação da aprendizagem, da intolerância, da dependência da tecnologia dura, pela insatisfação dos trabalhares, que se sentem aprisionados, destituídos de um projeto coletivo.

Tal situação ocorre de maneira complexa: pela formação desarticulada com os princípios do SUS (divisão técnica e social do trabalho), pelo desejo de satisfação individual centrada na remuneração (ordem mercadológica), pelo perfil ético-político de cada sujeito ou pela falta de uma estratégia local de estímulo da educação vinculada ao processo de trabalho.

A compreensão do Sistema Único de Saúde e da Saúde da Família, do conceito de saúde-doença e/ou de educação, bem como todo o seu arsenal teórico-metodológico, não são gerados espontaneamente nos sujeitos da prática; precisam ser estimulados, desenvolvidos, aprendidos, experimentados. Daí que gestões que apenas supervisionam o trabalho das equipes, cobrando desempenho e produtividade, esbarram numa constatação: trabalhadores resilientes às mudanças, mesmo quando cobrados, e equipes que, apesar de aderentes ao trabalho, tornam-se desestimuladas e deixam de inovar, ou mesmo perdem a coesão/adesão com o trabalho, com o passar do tempo.

Tal problemática torna-se uma barreira para as gestões, mesmo as mais bem intencionadas, daí a necessidade de modelos flexíveis, que integrem o trabalho ao processo de educação em serviço e reconheçam o protagonismo dos trabalhadores, enquanto gestores e produtores do cuidado. O trabalhador precisa falar e ser ouvido, para que possa exercitar em sua prática uma clínica ampliada (CAMPOS, 2003), comprometida e resolutiva. Esse pode ser o

caminho para a inversão do núcleo tecnológico, uma inflexão entre a reestruturação produtiva e a transição tecnológica.

Partindo desse pressuposto, os formuladores de políticas, entre outras questões, devem garantir condições de trabalho que permitam a ampla criatividade e a boa qualidade dos serviços oferecidos. A educação permanente, por exemplo, pode catalisar a criatividade de cada sujeito e de todos, em conjunto, desalienando a gestão, que pode se tornar mais porosa às demandas dos trabalhadores e usuários. A correnteza contrária também é esperada, ou seja, trabalhadores e usuários valorizados e percebidos podem, na fluidez do processo, tornar-se mais engajados e partícipes na concretização de modelos de cuidado que representem uma transição tecnológica voltada para a coletividade.

Com esse alerta, consideram-se as ambiguidades da Saúde da Família e o caráter provisório de toda análise/avaliação. Assim, pensar em transformação é, dialeticamente, considerar a potência dos sujeitos e a historicidade dos processos de trabalho e os polissêmicos sentidos e significados no modo de cuidar das pessoas e produzir saúde.

4 RESULTADOS SEGUNDO TRABALHADORES DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA DE UM MUNICÍPIO DA REGIÃO SUDOESTE DA BAHIA

Selecionou-se, com base nos inquéritos, duas dimensões de análise da produção do cuidado em saúde – linhas de cuidado/ elenco de serviços (Quadro 1) e coordenação/responsabilização (Quadro 2).

Os formulários apresentados aos trabalhadores de saúde elencaram conjuntos de ações e práticas de trabalho relacionadas, respectivamente, às dimensões citadas: 1 – Quais os serviços/atividades oferecidos ao usuário/família nesta USF? 2 – a) Quais ações fazem parte da organização do trabalho na USF?; b) A ESF tem autonomia para decidir questões técnico-operacionais da USF?; c) Quais os instrumentos existentes e as atividades realizadas na USF?

Os Quadros 1 e 2 sistematizam as respostas entre o Grupo I (médicos, enfermeiros e odontólogos) e o Grupo II (técnico de enfermagem, ACS e ACD) para cada dimensão da produção do cuidado avaliada.

As linhas de cuidado/elenco de serviço (Quadro 1) correspondem às ações elencadas (36 itens) como serviços de APS, componentes do processo de trabalhos das equipes de PSF. Os trabalhadores tiveram liberdade para apontar/indicar as ações desenvolvidas em sua USF.

Os percentuais elencados nos Quadros 1 e 2 correspondem à proporção de trabalhadores que identificaram o referido item como ação integrante do processo de trabalho da equipe de saúde da família da qual fazem parte.

As ações referentes à saúde da mulher corresponderam a altas frequências: pré-natal (98,2%), preventivo de câncer ginecológico (98,2%), planejamento familiar (100%). A saúde infantil também se apresentou como corriqueira: teste do pezinho (98,2%), vacinação e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (100%).

Atividades promocionais e preventivas comportam de forma expressiva o processo de trabalho nas USF do município: orientação/atividades educativas (100%); orientação tratamento de água no domicílio (69,6%); ações de vigilância sanitária (60,7%); ações de vigilância epidemiológica (85,7%); sala de espera (89,3%); verificação da pressão arterial, controle do diabetes e hipertensão (100%); saúde bucal (98,2%). Entre essas ações, as de menores registros foram: a orientação sobre coleta de lixo (44,6%), atenção à saúde do adolescente (62,5%) e combate à desnutrição infantil (76,8%).

Os trabalhadores apontam ainda os serviços individuais realizados: consulta médica (94,6%); consulta de odontologia e enfermagem (100%); curativos (92,9%); injeções (96,4%); dispensação de medicamentos (98,2%); controle/tratamento de doenças epidêmicas (87,5%) e doenças endêmicas (92,9%); atendimento e encaminhamento de DST, respectivamente 91,1% e 98,2%; atendimento a adultos/idosos (96,4%); em menor proporção, as pequenas cirurgias (25%).

O elenco de serviços dos trabalhadores no PSF, na cidade avaliada, completa-se com atividades domiciliares (98,2%), coleta de sangue e sumário de urina/parasitológico (83,9% e 66,1%, respectivamente), acompanhamento a grupos específicos (98,2%). Por fim, quando perguntados sobre a existência

de protocolos específicos para atendimento, 80,4% dos entrevistados responderam positivamente.

Os dados referentes à coordenação/responsabilização (Quadro 2) respondem à forma de continuidade, ou seja, o compromisso dos trabalhadores com o processo terapêutico do usuário, bem como sinaliza a capacidade da equipe do PSF para gerir o cuidado em seu microssistema. O Quadro 2 traz os mecanismos de organização das ações de saúde e os instrumentos/atividades na USF; as frequências variam entre os trabalhadores, refletindo uma assimetria de informação/compreensão entre os Grupos I e II.

Em relação aos mecanismos de organização das ações, encontra-se que o trabalho em equipe tem alta frequência para os dois grupos (78,6% e 97,6%). As demais ações têm proporções menores: gestão colegiada (35,7% e 45,2%), socialização das informações/reuniões periódicas (71,4% e 76,2%), planejamento participativo (57,1% e 66,7%), eleições diretas para escolha dos gerentes de cada unidade (14,3% e 2,4%), comunicação informal para tratar problemas (42,9% e 69%), participação dos CLS na condução das atividades (57,1% e 64,3%).

Quando os trabalhadores são inquiridos se possuem autonomia para decidir sobre questões técnico-operacionais da USF, 66,1% respondem negativamente.

Em relação aos instrumentos e atividades, todos afirmam que há registro de todas as consultas e ocorrências, além disso, o registro de imunização é relatado por 96,4%. As normas para referência e contrarreferência e para transferência são apontadas, respectivamente, por 82,1% e 64,3% dos entrevistados. Relacionados aos procedimentos de integração com a rede, encontram-se os seguintes resultados: informação sobre o usuário entre os serviços de referência e contrarreferência (69,6%); discussão entre profissionais e usuários sobre locais de atendimento para outros serviços (78,6%); encaminhamento dos resultados de exames laboratoriais (41,1%).

Além disso, nas USF é realizada coleta de materiais para exame laboratorial (75%); agendamento de consulta para retorno dos usuários com exames feitos (71,4%); supervisão periódica das referências aos outros níveis de atenção (58,9%); acesso dos usuários aos prontuários (8,9%); e auditória periódica dos prontuários (10,7%).

5 LINHAS DE CUIDADO E RESPONSABILIZAÇÃO NO PSF: UM OLHAR ANALISADOR

Na referida pesquisa, os dados empíricos apontam para direções diversas, podendo, os investigadores, caminhar sem direção, daí a opção teórica de recortar-se a discussão e circunscrevê-la no território das linhas de cuidado, apontando as diferentes tecnologias. *A priori*, a discussão acerca de tecnologias requer um arsenal e um aporte qualitativo, contudo procurou-se debater tais questões com os dados quantitativos desta pesquisa, apostando na análise sobre os itinerários apontados no modo de fazer dos trabalhadores, acreditando ser possível encontrar pistas para caracterizar e avaliar a produção do cuidado em saúde.

As linhas de cuidado ficaram diluídas no elenco de serviços (Quadro 1), o que opacifica a real dimensão do cuidado, entretanto mostram o primeiro ganho concreto do PSF – a atenção na equipe multiprofissional. Diferente dos países europeus, berço dos sistemas de proteção social, a assistência à saúde de primeiro contato, no Brasil, é realizada por um grupo de distintos profissionais de nível superior (médicos, enfermeiros e odontólogos), enquanto naqueles a assistência é predominantemente médica. Neste aspecto, Campos (2007, p. 304) destaca que "[...] o Programa de Saúde da Família – estipula a maior e mais complexa equipe entre todos os sistemas públicos atualmente existentes".

A característica do trabalho em equipe no PSF aumenta a oferta de serviço, amplia as possibilidades do cuidado (ações e saberes) e concorre para maior integralidade no processo de trabalho, contudo "[...] configuram-se não somente trabalhos diferentes tecnicamente, mas também desiguais quanto a sua valorização social" (PEDUZZI, 2001, p. 107). Todos os trabalhadores (100%) apontaram a existência de consultas de enfermagem e odontológicas nos PSFs estudados, revelando o caráter multiprofissional e, principalmente, um cuidado distribuído entre os profissionais.

Por outro lado, a consulta médica, prática estruturante dos serviços de saúde e derivadora das demais práticas em saúde (PEDUZZI, 2001), apareceu com leve ausência (<7%), sinalizando a conhecida dificuldade de fixação desse profissional na rede de atenção de primeiro nível (OLIVEIRA, 2009).

Retomando a atenção de enfermagem e odontológica, aposta-se que a presença desses profissionais fortalece o atributo acesso e porta de entrada, uma vez que os usuários procuram a unidade de saúde como serviço de busca regular, à medida que encontram respostas diversificadas e qualificadas a suas demandas (GIOVANELLA et al., 2009). Por sua vez, a ausência do médico reforça a fragilidade para expansão e sustentabilidade do programa, principalmente em grandes cidades.

Uma faceta a ser explorada situa-se na própria transformação do valor social do médico, ou seja, a APS, ao aproximar distintos profissionais e designar uma prática em equipe multiprofissional, tensiona o processo de trabalho de todos os trabalhadores, que precisarão negociar entre si a terapêutica mais apropriada, cooperar, além de contribuir para fortalecer a imagem de outros profissionais na produção do cuidado (WHO, 2008).

O trabalho em equipe é reconhecido pelos profissionais do cenário investigado (92,9%), que apontam a socialização das informações em reuniões periódicas (75%) no processo de trabalho (Quadro 2). A riqueza da estratégia brasileira diferencia-se ao aliar o processo de trabalho assistencial ao apoio técnico dos trabalhadores de nível médio e, principalmente, ao incluir o agente comunitário de saúde (ACS) como elo entre equipe-comunidade. Tais arranjos, restringindo-se a inclusão de novos sujeitos, não significam uma reestruturação produtiva, sendo necessário haver concomitantemente mudança no processo de trabalho, ainda que novos sujeitos possam abrir processos de mudança também na produção do cuidado.

O compartilhamento em reuniões periódicas (75%), o planejamento participativo das ações (64,3%), a comunicação informal para tratar de problemas da unidade e dos usuários (62,5%) e a participação dos Conselhos Locais de Saúde (CLS) na condução das atividades (62,5%) – Quadro 2, ainda que não sejam reconhecidos por todos os sujeitos, são indicativos de um processo de trabalho diferenciado, ou seja, as tecnologias relacionais aparecem para permitir um projeto assistencial comum "[...] pela mediação simbólica da linguagem" (PEDUZZI, 2001, p. 108).

Os dados coletados apresentam um elenco de serviços que evidenciam uma série de oportunidades para fortalecimento dos atributos porta de entrada e integralidade. As ações relacionadas à criança (vacinação, teste do

pezinho, crescimento e desenvolvimento), bem como ligadas à saúde da mulher (planejamento familiar, pré-natal e preventivo de câncer ginecológico) são referidas com frequência superior a 98% (Quadro 1). Tais elementos empíricos marcam a importância do núcleo materno-infantil na APS, contudo a discussão atual defende um elenco de ações de cuidado qualificado e longitudinal, em contraposição a um pacote básico e focalizado (WHO, 2008).

Do mesmo modo, atividades relacionadas à saúde do adulto e idoso (96,4%) e os cuidados concernentes às condições crônicas (controle da pressão arterial e do diabetes – 100%) são elementos prioritários e reconhecidos pelos trabalhadores da Saúde da Família. Percebe-se uma continuidade ao longo da vida, o que fortalece o atributo da longitudinalidade da APS. Todavia parece haver uma interrupção no referido atributo, pois as ações direcionadas à saúde do adolescente são apontadas por apenas 62,5% dos sujeitos inquiridos (Quadro 1).

Uma das atribuições da equipe de Saúde da Família, segundo a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006), é desenvolver ações educativas que possam interferir no processo de saúde-enfermidade no nível individual e coletivo para defesa da qualidade de vida. Tal atividade foi referida por 100% dos trabalhadores, além de ações como sala de espera (89,3%), orientação sobre a coleta de lixo (44,6%), orientação sobre tratamento de água no domicílio (69,6%), vigilância sanitária (60,7%) e epidemiológica (85,7%), sugerindo ampliação das responsabilidades das equipes (Quadro 1) e a incorporação de práticas que vão além da clínica tradicional. As atividades educativas em saúde exigem dos trabalhadores a capacidade de intersubjetividade. Essa prática abre uma fissura no componente prescritivo, uma vez que, para educar, os sujeitos precisam interagir. Há, porém, a possibilidade de captura dos sujeitos pela ação instrumental, realizando tal ação de forma vertical e meramente informativa e autoritária, não se constituindo enquanto educação, de fato. Para um lado ou para outro, contudo, o processo de trabalho no PSF, com base em novas práticas, pode representar uma ruptura no agir unicamente técnico e centrado na intervenção médica e na doença. Assim, práticas educativas têm potência e podem encontram espaço para incidirem no processo do cuidado, ampliando o plantel de ações na produção da saúde. Assim, deve-se reconhecer um processo dialético no PSF, que tem mudanças conduzidas por vários trabalhadores, convivendo ao mesmo tempo e no mesmo lugar com práticas tradicionais, hegemônicas e procedimento-centradas.

No mesmo trajeto, o atendimento domiciliar, apontado por 98,2% (Quadro 1), pode conformar-se como uma prática cuidadora que desafia a clínica tradicional ou como extensão dos arranjos instrumentais da clínica. Entretanto, se o processo de trabalho estiver centrado no usuário, a expansão do cuidado clínico ao domicílio repercutirá num rearranjo do fazer dos profissionais.

No *habitat* do usuário, o cuidador depara-se com a realidade sociocultural do indivíduo sob cuidado. Nesse momento, o processo de trabalho e o aparato de segurança clínica encaram o inusitado, tensionando as habilidades do profissional para lidar com o "trabalho vivo em ato" no contexto real, diferente da artificialidade a que este trabalho é submetido na hermeticidade alienante do consultório. Essa provocação permite que o trabalhador da saúde valha-se de sua "caixa de ferramentas tecnológicas" e possa fazer uso da mais adequada e/ou disponível, a depender da necessidade do usuário. Assim, mesmo que o profissional sucumba à racionalidade instrumental, o cenário do cuidado impõe a utilização da tecnologia relacional como mediadora do ato terapêutico.

Estudos defendem a necessidade de qualificação e aumento do elenco de serviços nas unidades de Saúde da Família para torná-las porta de entrada preferencial dos usuários, para além da retórica institucional, invertendo a racionalidade piramidal para um modelo cooperativo pensado como um círculo (CECÍLIO, 1997). Além disso, a equipe necessita coordenar os serviços, para referenciar as demandas pertinentes aos níveis de média e alta complexidade, e receber desses as contrarreferências para prestar o cuidado continuado. O Relatório da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2008, p. 59) alerta:

> [...] equipes de atenção primária não podem responsabilizar-se de uma forma integral pela saúde de uma população sem o apoio de serviços especializados e de organizações e instituições exteriores à comunidade servida.

Os dados empíricos evidenciaram que as equipes de PSF prestam serviços como coleta de exames laboratoriais (75%) – Quadro 2, dispensação de medicamentos (98,2%) e pequenas cirurgias (42,9%, entre os profissionais de nível superior) – Quadro 1, além de normas de referência e contrarreferência

(82,1%) e informações desses serviços para os usuários (69,6%) – Quadro 2. Tais ações aumentam a densidade tecnológica das equipes (tecnologias duras e leve-duras), mas pressupõem também a responsabilização pelo itinerário dos usuários adscritos, ou seja, requerem um olhar para além da enfermidade, articulação com os demais níveis de atenção e implicação com os projetos terapêuticos.

Pode-se inferir, então, que a qualificação e o aumento do elenco de serviços, se por um lado pode representar apenas uma reestruturação produtiva, por outro pode viabilizar a produção do cuidado sustentado pela adesão dos usuários à unidade e o aumento de confiança nos profissionais, impactando no vínculo, na responsabilidade e, principalmente, na resolubilidade e qualidade do trabalho em saúde, o que representa, por conseguinte, uma transição tecnológica nos processos de trabalho.

LINHAS DE CUIDADO/ ELENCO DE SERVIÇOS	**GRUPO I %**	**GRUPO II %**	**TOTAL %**
	Médicos, enfermeiros, odontólogos	**Téc. enfermagem, ACS, ACD**	
Consulta médica	92,9	95,2	94,6
Consulta odontológica	100,0	100,0	100,0
Consulta de enfermagem	100,0	100,0	100,0
Atendimentos para adultos/ idosos	100,0	95,2	96,4
Orientação/atividades educativas	100,0	100,0	100,0
Planejamento familiar	100,0	100,0	100,0
Curativos	92,9	92,9	92,9
Injeção	85,7	100,0	96,4
Verificação de pressão arterial	100,0	100,0	100,0
Vacinação	100,0	100,0	100,0
Saúde bucal	100,0	97,6	98,2
Dispensação de medicamentos	100,0	97,6	98,2
Controle de diabetes	100,0	100,0	100,0
Controle de hipertensão arterial	100,0	100,0	100,0
Teste do pezinho	92,9	100,0	98,2
Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento	100,0	100,0	100,0
Orientação sobre coleta do lixo	42,9	45,2	44,6
Acompanhamento pré-natal	92,9	100,0	98,2

(continua)

LINHAS DE CUIDADO/ ELENCO DE SERVIÇOS	GRUPO I % Médicos, enfermeiros, odontólogos	GRUPO II % Téc. enfermagem, ACS, ACD	TOTAL %
Preventivo de câncer ginecológico	92,9	100,0	98,2
Atenção à saúde do adolescente	50,0	66,7	62,5
Coleta de sangue	85,7	83,3	83,9
Coleta (sumário de urina e parasitológico)	57,1	69,0	66,1
Atendimento no domicílio	92,9	100,0	98,2
Atendimento de DST	100,0	88,1	91,1
Encaminhamentos dos casos de DST	92,9	100,0	98,2
Controle/tratamento de doenças endêmicas	92,9	92,9	92,9
Controle/tratamento de doenças epidêmicas	92,9	85,7	87,5
Pequenas cirurgias	42,9	19,0	25,0
Combate a desnutrição infantil (multimistura)	71,4	78,6	76,8
Orientação tratamento de água no domicílio	57,1	73,8	69,6
Ações de Vigilância Sanitária	35,7	69,0	60,7
Ações de Vigilância Epidemiológica	71,4	90,5	85,7
Acompanhamentos de grupos específicos	92,9	100,0	98,2
Sala de espera	85,7	90,5	89,3
Protocolos específicos atendimento maioria dos serviços mencionados	78,6	81,0	80,4

Obs.: Grupo I (n=14); Grupo II (n=42); Total (n=56).

Quadro 1. Linhas de cuidado/elenco de serviços, segundo trabalhadores de saúde do Programa Saúde da Família de um município da região Sudoeste da Bahia, 2009

COORDENAÇÃO/ RESPONSABILIZAÇÃO	GRUPO I % Médicos, enfermeiros, odontólogos	GRUPO II % Téc. enfermagem, ACS, ACD	TOTAL %
Mecanismo de organização			
Gestão colegiada	35,7	45,2	42,9
Trabalho em equipe	78,6	97,6	92,9
Socialização das informações/ reuniões periódicas	71,4	76,2	75,0
Planejamento participativo	57,1	66,7	64,3
Eleição direta para escolha dos gerentes de cada unidade	14,3	2,4	5,4

(continua)

COORDENAÇÃO/ RESPONSABILIZAÇÃO	GRUPO I %	GRUPO II %	TOTAL %
	Médicos, enfermeiros, odontólogos	Téc. enfermagem, ACS, ACD	
Comunicação informal para tratar problemas unidade/usuários	42,9	69,0	62,5
Participação do CLS na condução das atividades	57,1	64,3	62,5
A ESF tem autonomia para decidir questões operacionais da USF	30,8	36,6	33,9
Instrumentos e Atividades			
Registro obrigatório de todas as consultas e ocorrências	100,0	100,0	100,0
Registro das imunizações	92,9	97,6	96,4
Normas para referência e contrarreferência	71,4	85,7	82,1
Normas para transferência de informações	57,1	66,7	64,3
Discussão entre profissionais e usuários sobre locais de atendimento para outros serviços	78,6	78,6	78,6
Informação sobre o usuário entre os serviços de referência e contrarreferência	57,1	73,8	69,6
Coleta de materiais para exames laboratoriais	71,4	76,2	75,0
Encaminhamento dos resultados dos exames laboratoriais para as unidades	50,0	38,1	41,1
Agendamento de consultas subsequentes para retorno do usuário com exames feitos	78,6	69,0	71,4
Supervisão periódica das referências aos outros níveis de atenção	50,0	61,9	58,9
Acesso dos usuários aos prontuários	21,4	4,8	8,9
Auditoria periódica dos prontuários	14,3	9,5	10,7

Obs.: Grupo I (n=14); Grupo II (n=42); Total (n=56).

Quadro 2. Coordenação/responsabilização, segundo trabalhadores de saúde do Programa Saúde da Família de um município da região Sudoeste da Bahia, 2009

6 LINHA DE CHEGADA OU NOVO ITINERÁRIO?

A Estratégia Saúde da Família apresenta-se como um dispositivo de reorientação das práticas sanitárias, além de representar possibilidades de inovações tecnológicas, necessárias à produção do cuidado em saúde.

O cenário municipal escolhido está circunscrito pela complexidade e dilemas comuns aos grandes centros urbanos: exclusão e pobreza, situação territorial, violência urbana, padrão de consumo de serviços, financiamento, dificuldades para fixação de alguns profissionais, dentre outros. Nascimento e Costa (2009, p. 76) complementam:

> [...] mesmo com o PROESF contribuindo para acelerar o ritmo de expansão de sua implementação nas grandes cidades, a operacionalização [...] não tem sido uma tarefa fácil, uma vez que as características dos aglomerados urbanos, por si só, já justificam as dificuldades relativas à implantação dos desenhos prescritos [...]

O cotejamento dos dados permitiu visualizar que os dois grupos, trabalhadores de nível superior e demais trabalhadores, tiveram respostas praticamente uniformes, divergindo em questões pontuais, geralmente quando se tratava de alguma ação muito peculiar relativa ao processo de trabalho de um determinado profissional. Essa evidência demonstra que, independente do processo de cuidado que os trabalhadores produzem, há concordância entre os membros das equipes e uma percepção comum. Tal constatação denota ainda que qualquer intervenção para impactar na qualidade da atenção necessitará envolver todos os componentes da equipe de saúde.

Campos (2000) problematiza essa questão, ao referir a necessidade de um trabalhador envolvido e motivado, cujo trabalho garanta autonomia, liberdade e prazer. Sendo assim, considera fundamental o interesse e o desejo dos trabalhadores, em todas as situações, particularmente em contextos desfavoráveis.

Os trabalhadores em saúde necessitam desenvolver habilidades/competências para o enfrentamento dos problemas na condução dos processos de trabalho. A produção de bens ou serviços de interesses sociais deve estar subsidia-da pelo incremento de novas ferramentas que possam abarcar as subjetividades do coti-diano do trabalho em saúde e possibilitar aos agentes das práticas o desenvolvimento de atos sanitários capazes de transformar a vida das pessoas.

As evidências empíricas de inúmeros trabalhos (BEZERRA; NASCIMENTO, 2005; CAMPOS; GUERRERO, 2008; FRANCO; ANDRADE; FERREIRA, 2009; RODRIGUES; ASSIS, 2005; SANTOS, ASSIS, 2005, 2006; SANTOS et al., 2007, 2008) indicam que as práticas na Saúde da

Família continuam reproduzindo modelos de atenção fragmentada e morbidade-centrada, sem redefinir suas tecnologias. Por sua vez, as lentes desses trabalhos conseguiram captar no cotidiano, a despeito da adversidade, que muitos trabalhadores rompem com o instituído e ressignificam os cenários do trabalho, desenvolvendo ações que implicam na produção do cuidado para além do prescrito.

Tais contradições parecem ser o combustível para uma contínua mobilização e constituem-se em desafio permanente para novos estudos, ensaios e, obviamente, intervenções.

O constructo de um novo modo de cuidar deve ser irradiado, mediante processos formativos libertadores, implicados com a transformação das práticas, ou seja, com a participação ativa dos sujeitos que, interagindo e fazendo escolhas conscientes, responsabilizam-se por seus atos.

Para tanto, Ayres (2009) reúne seus principais textos e reflexões sobre o cuidado em saúde e convoca a um agir, Campos (2000) desafia com a cogestão de coletivos, Merhy (2002) oferece uma cartografia, Pinheiro e Mattos (2001, 2003, 2004) instigam com a integralidade, entretanto, identificar quais as possíveis rotas não é papel apenas dos pesquisadores. As abordagens citadas são algumas das várias tentativas de guiar o barco, para não deixá-lo à deriva, nem tampouco ao sabor dos ventos.

Agradecimentos

À Secretaria Municipal de Saúde, aos trabalhadores de saúde e à equipe responsável pela coleta dos dados.

REFERÊNCIAS

ASSIS, M.M.A; ALVES, J,S.; SANTOS, A.M. Políticas de recursos humanos e a (re)significação das práticas dos trabalhadores no Sistema Único de Saúde (SUS): apontamentos para o debate. **R. Baiana Saúde Públ.**, Salvador, v. 32, supl. 1, p. 7-15, 2008.

AYRES, J.R.C.M. **Cuidado**: trabalho e interação nas práticas de saúde. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS-Uerj/Abrasco, 2009. (Coleção clássicos para integralidade em saúde).

BEZERRA, N.O.; NASCIMENTO, M.A.A. Implantação do Programa Saúde da Família em Feira de Santana-BA no ano de 2000 como experiência piloto: vontade política ou interesses políticos? **R. Baiana Saúde Públ.**, Salvador, v. 29, n. 2, p. 175-188, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 648, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2006.

CAMPOS, G.W.S. **Um método para a análise de co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAMPOS, G.W.S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, G.W.S. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? **Ci. Saúde Col.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 301-306, 2007.

CAMPOS, G.W.S; GUERRERO, A.V.P. (Orgs.). **Manual de práticas de atenção básica**: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec, 2008.

CAMPOS, R.T.O.; CAMPOS, G.W.S. Co-construção da autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, G.W.S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 669-688.

CECÍLIO, L.C.O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Ci. Saude Col.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p.469-478, 1997.

COHN, A. (Org.). **Saúde da família e SUS**: convergências e dissonâncias. Rio de Janeiro: Beco do Azougue; São Paulo: Cedec, 2009.

CONILL, E.M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, S.7-16, 2008.

FRANCO, T.B.; ANDRADE, C.S.; FERREIRA, V.S.C. **A produção subjetiva do cuidado**: cartografias da Estratégia Saúde da Família. São Paulo: Hucitec, 2009.

GIOVANELLA, L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 951-963, 2006.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ci. Saúde Col.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 783-94, 2009.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE Cidades**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1> Acesso em: 1 dez. 2009.

MACINKO, J.; ALMEIDA, C.; OLIVEIRA, E. Avaliação das características organizacionais dos serviços de atenção básica em Petrópolis: teste de uma metodologia. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 243-256, set./dez. 2003.

MACINKO, J.; STARFIELD, B.; ERINOSHO, T. The impact of primary healthcare on population health in low- and middle-income countries. **J. Amb. Care Manage**, Wallingford, CT, v. 32, n. 2, p. 150-171, 2009.

MENDES-GONÇALVES, R.B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**: características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec, 1994.

MERHY, E.E. **Saúde a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde um desafio para o público**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 71-112.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. Reestruturação produtiva em saúde. In: PEREIRA, I.S.; LIMA, J.C.F. (Orgs.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 348-352.

NASCIMENTO, V.B.; COSTA, I.M.C. PSF, descentralização e organização de serviços de saúde no Brasil. In: COHN, A. (Org.). **Saúde da família e SUS**: convergências e dissonâncias. Rio de Janeiro: Beco do Azougue; São Paulo: Cedec, 2009. p. 67-92.

OLIVEIRA, M.S. Estratégias de fixação de profissionais de saúde no Sistema Único de Saúde, no contexto do Pacto pela Saúde. **Divulg. Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, p. 29-33, maio 2009.

OPAS – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICADA DE SAÚDE. **Renovação da atenção primária em saúde nas Américas**. Documento de posicionamento da Organização Pan-Americana de Saúde. Washington, 2005.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **R. Saúde Públ.,** São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L.B. Processo de trabalho em saúde. In: PEREIRA, I.B.; LIMA, J.C.F. (Orgs.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 320-328.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS, Uerj, Abrasco, 2001.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Orgs.). **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS, Uerj, Abrasco, 2003.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Orgs.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: IMS, Uerj, Abrasco; São Paulo: Hucitec, 2004.

RIVERA, F.J.U. **Análise estratégica em saúde e gestão pela escuta**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

RODRIGUES, A.A.A.O.; ASSIS, M.M.A. Oferta e demanda na atenção à saúde bucal: o processo de trabalho no Programa Saúde da Família em Alagoinhas-BA. **R. Baiana Saúde Públ.**, Salvador, v. 29, n. 2, p. 273-285, 2005.

ROHDE, J. et al. 30 years after Alma-Ata: has primary health care worked in countries? **Lancet**, London, v. 372, p. 950-961, 2008.

SANTOS, A.M. et al. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 75-85, 2007.

SANTOS, A.M. et al. Vínculo e autonomia na prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família. **R. Saúde Públ.**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 464-470, jun. 2008.

SANTOS, A.M.; ASSIS, M.M.A. Rede de relações dos protagonistas da prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas-Bahia. **R. Baiana Saúde Públ.**, Salvador, v. 29, n. 2, p. 313-325, 2005.

SANTOS, A.M.; ASSIS, M.M.A. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática da saúde bucal no Programa de Saúde da Família de Alagoinhas - BA. **Ci. Saúde Col.,** Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 53-61, 2006.

SOUZA, M.F.; HAMANN, E.M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ci. Saúde Col.**, Rio de Janeiro, v.14, supl. 1, p.1325-1335, 2009.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZACION. Primary health care. Now more than ever. **The World Health Report 2008**. Geneva, 2008.

CAPÍTULO 4

PERFIL SOCIOPROFISSIONAL DOS GESTORES E DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA *VERSUS* PRINCÍPIOS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Marluce Maria Araújo Assis; Midiane de Oliveira Rodrigues; Maria Angela Alves do Nascimento; Erenilde Marques de Cerqueira; Juliana Alves Leite Leal; Rita de Cássia Rocha Moreira

INTRODUÇÃO

O Programa Saúde da Família (PSF), criado pelo Ministério da Saúde (MS), em 1994, teve como objetivo ser implantado prioritariamente em áreas de risco, visando a reorganização da atenção à saúde. Para tal, eram observados alguns critérios, tanto de ordem epidemiológica quanto socioeconômica, durante a seleção dos municípios beneficiados (GOLDBAUM, 2005; HENRIQUE; CALVO, 2008; VIANA; DAL POZ, 2005).

O êxito alcançado por outros Programas com filosofia semelhante permitiu que as discussões em torno de mudanças na concepção do PSF fossem intensificadas. Em 1996, com a Norma Operacional Básica (NOB) do Sistema Único de Saúde (SUS), o PSF começou a ser chamado de estratégia de reordenação do modelo atual de saúde, sendo oferecido um incentivo financeiro no Piso Assistencial Básico (PAB) aos municípios que incluíssem o referido Programa na sua rede de serviços de saúde (BRASIL, 1996).

Por conseguinte, com o propósito de oferecer um serviço de qualidade, com práticas mais resolutivas e integrais, o PSF passa a representar uma

possibilidade de mudança do modelo assistencial, em que a atenção é focalizada na família e não mais na figura do médico. Além disto, o Programa é formado por uma equipe multiprofissional, minimamente representada por Agentes Comunitários de Saúde (ACS), enfermeiro, técnico em enfermagem e médico. Esta equipe é responsável pela saúde da população de uma área adscrita, com ações dirigidas à assistência à família e/ou grupos da população em suas singularidades (LENTSCK et al., 2009; SANTOS et al., 2007), ao diagnóstico das condições de saúde das famílias de sua área de abrangência e à identificação do perfil epidemiológico dessa comunidade, para que sejam elaboradas estratégias que visem sanar situações de risco.

Outrossim, para que essa população tenha acesso a um atendimento integral e de qualidade, é necessário que a equipe da saúde da família (ESF) esteja habilitada para atender às demandas programadas e espontâneas, com base no reconhecimento das condições de saúde das famílias de sua área de abrangência.

Entretanto, segundo Campos e Belisário (2001) e Silva, Ogata e Machado (2008), a carência de profissionais com perfil e habilidade para trabalhar na nova proposta representa um dos obstáculos para a implantação efetiva do PSF e consolidação do SUS. Segundo Ceccim e Feuerwerker (2004a), uma estratégia para o enfrentamento dessa situação seria a articulação entre os sistemas de saúde e as instituições formadoras, por meio deste quadrilátero da formação, ensino, gestão, atenção e controle social, tendo a integralidade da atenção como *princípio norteador da formação dos recursos humanos para a área da saúde*, tomando como eixo ordenador dos processos de formação as necessidades de saúde apresentadas pela população. Na perspectiva de Batista et al. (2005), tais necessidades, ao serem problematizadas, representam um caminho para a formação de profissionais de saúde, a qual é responsável pela construção do conhecimento, com possibilidades de apropriação de informações e explicação da realidade.

Por conseguinte, tal formação profissional em saúde é definida por Ceccim e Feuerwerker (2004a) como um projeto educativo com o intuito de oferecer o domínio técnico-científico da profissão, estendendo-se também aos aspectos estruturantes de relações e práticas a todos os componentes de relevância social, visando o desenvolvimento de condições de atendimento das necessidades da população, da gestão setorial e do controle social em saúde.

Reforçam ainda que a formação deve englobar o adequado conhecimento do SUS, em busca do desenvolvimento de condições de atendimento das necessidades de saúde da população.

Já a capacitação profissional pode ser definida como a atualização técnico-científica na forma de cursos, treinamentos ou outras modalidades de educação, que objetivam o aprimoramento profissional e o desenvolvimento de mudanças que representem progressos na atuação profissional (SILVA; OGATA; MACHADO, 2008). Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2003a), os processos de capacitação devem tomar como referência as necessidades de formação dos profissionais, tendo um olhar voltado para a transformação das práticas profissionais e da organização do trabalho.

Todavia, a realidade tem apontado que é necessário adotar outras metodologias e/ou métodos que possam influenciar na formação e capacitação desse profissional, destacando-se, assim, o método da problematização do processo, a aprendizagem significativa como diretriz e a ideia de que a educação deve ser feita no e para o trabalho, com base no qual são identificadas as necessidades de qualificação profissional, para que possam responder efetivamente às demandas dos usuários e dos serviços de saúde. Dentro de tal perspectiva, surge a educação permanente em saúde como estratégia para transformar as práticas profissionais, partindo do pressuposto de que a formação e a capacitação da equipe de saúde devem tomar como referência a articulação entre ensino, serviço, gestão setorial e controle social em saúde.

Esta pesquisa teve como objetivos traçar o perfil socioprofissional dos gestores e trabalhadores de saúde, considerando os princípios da educação permanente em saúde.

1 METODOLOGIA

O estudo é descritivo do tipo transversal, cujo cenário de pesquisa é um município da Região Centro-Leste da Bahia, que compõe o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) desde 2003, tendo como um dos componentes estruturantes fundamentais para o PSF, o desenvolvimento dos recursos humanos, com o objetivo de ampliar a capacitação

das equipes para a implementação e consolidação do Programa Saúde da Família (BRASIL, 2002). Trata-se de um município que tem uma população de 571.997 habitantes, distribuídos numa área geográfica de 1.363 km² (IBGE, 2008).

O município está situado num dos principais entroncamentos de rodovias do nordeste brasileiro, funcionando como ponto de passagem para o tráfego que vem do sul e do centro-oeste, dirigindo-se para Salvador (BA) e outras cidades brasileiras. Possui um importante e diversificado ramo de comércio, uma forte produção agropecuária, além de serviços e indústrias de transformação.

O Município encontra-se na Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde desde 2004, sendo responsável por uma rede de serviços de Atenção Básica, dentre eles 82 equipes de saúde da família, com cobertura de 60,0% da população (FEIRA DE SANTANA, 2008). Também é responsável pela atenção à média e alta complexidade, gerenciando recursos da ordem de R$ 35 milhões/ano e sendo referência para quase 80 municípios das macrorregiões de saúde centro-leste e centro (BRASIL, 2006).

A população deste estudo foi estruturada em dois grupos: o Grupo I, representado pelos profissionais das equipes de saúde da família que atuam no PSF; o Grupo II, pelos gestores da Atenção Básica e/ou PSF (Secretário Municipal de Saúde, Coordenadores da Atenção Básica, Supervisores do PSF).

O tamanho da amostra do Grupo I foi limitado a 60 profissionais das ESF. Para a seleção deste grupo, foram considerados os seguintes critérios de inclusão: trabalhadores com, no mínimo, quatro meses de experiência em Saúde da Família (urbano e/ou rural), ambos os sexos e as diversas categorias profissionais.

O Grupo II foi definido por amostra intencional, em que o total da população corresponde ao universo de gestores que atua na Atenção Básica (Secretário de Saúde, Coordenador da Atenção Básica, Supervisores da equipe Saúde da Família e Coordenadores de Unidade Saúde da Família), totalizando 12 pessoas.

A amostra deste estudo, portanto, é representada por 72 sujeitos.

Para a coleta dos dados foram aplicados dois formulários correspondentes a cada grupo.

Os dados foram consolidados em um banco de dados montado no programa Epidata; cada resposta foi associada a códigos numéricos. Em seguida, os dados foram sistematizados, e os resultados apresentados sob a forma de frequência absoluta e relativa.

2 RESULTADOS

Os resultados do trabalho são apresentados nesta seção, sendo retratado o perfil dos gestores e da equipe de saúde da família, bem como os critérios adotados no município, referentes às capacitações desses sujeitos que geram e produzem o cuidado no cotidiano do PSF.

2.1 PERFIL SOCIOPROFISSIONAL DOS GESTORES E DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Dos 12 gestores da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) que atuam diretamente com os PSF, 9 são enfermeiros, 1 é odontólogo, 1 é médico e 1 é administrador hospitalar.

Em relação ao tempo de experiência profissional desses gestores, 2 deles têm menos de 1 ano, 3 têm um tempo de experiência entre 1 a 9 anos, dois entre 10 a 20 anos de experiência e 5, que representam a maioria, uma experiência profissional superior a 20 anos. No tocante à experiência profissional, ressalta-se, nesse grupo, o tempo mínimo de 2 meses e o tempo máximo de 35 anos.

Entre os gestores (n=12), a maioria é do sexo feminino (n=10). Em a relação à faixa etária, 2 gestores estão na faixa de 21 a 30 anos; 2, na de 31 a 40 anos; 6, que representam a maioria, encontram-se na faixa etária de 41 a 50 anos e 2, entre 51 a 60 anos.

Dos 60 profissionais de saúde que atuam no PSF, 56,7% (n=34) são agentes comunitários de saúde; 21,7% (n=13) são técnicos ou auxiliares de enfermagem; 10% (n=6) são enfermeiros; 5% (n=3) são médicos; 5% (n=3) são odontólogos; e 1,7% (n=1), auxiliar de consultório dentário (ACD).

Também no Grupo l, constituído de profissionais da equipe saúde da família (ESF), o sexo feminino representou a maioria, 93,3% (n=56). A faixa etária desse grupo variou entre 20 a 30 anos (28,3%); de 31 a 40 anos (40%); de 41 a 50 anos (16,7%); de 51 a 60 anos (11,7%); e acima de 60 anos (3,3%).

O ano de conclusão da formação profissional correspondente ao término da graduação, para aqueles de ensino superior, ou do curso de formação técnica, para os de ensino médio, variou de 1973 a 2009; 28,3% (n=17) concluíram antes do ano 2000 e 65% após o ano 2000. No entanto, 18,3% (n=11) concluíram a formação no ano 2008, ano que teve maior representatividade. Além disso, 66,7% (n=40) dos profissionais da ESF afirmaram ter sido a instituição pública o espaço de formação, e 31,7% (n=19), instituição privada.

Todos os participantes, tanto gestores quanto profissionais de saúde, asseguraram residir em Feira de Santana. No entanto, dentre os profissionais de saúde, 18,3% (n=11) referiram que, a despeito de residirem em Feira de Santana, atuam em Unidade de Saúde da Família (USF) da zona rural. Ressalta-se também que 91,7% (n=55) desses profissionais das ESF trabalham apenas na USF, enquanto 8,3% (n=5) possuem vínculos com outras instituições.

A maioria dos gestores (n=7) recebe de 2 a 3 salários mínimos; um gestor recebe de 3 a 5 salários mínimos; 2 recebem de 5 a 10 salários mínimos; um recebe de 10 a 20 salários e um não quis informar o seu salário. Entre os trabalhadores de saúde, 40% (n=24) recebem até 1 salário mínimo; 40% (n=24), de 1 a 2 salários; 11,7% (n=7), de 3 a 5 salários; 5% (n=3), de 5 a 10 salários; e 3,3% (n=2) de 10 a 20 salários mínimos.

Quanto à modalidade de contrato/vínculo empregatício, o Regime Jurídico Único (RJU) é a modalidade de contrato da maioria dos gestores (n=7) e de 41,7% (n=25) dos profissionais da equipe de Saúde da Família. O contrato formal, por meio da Consolidação das Leis de Trabalho (CLT), não tem representação entre os gestores; no entanto 20% (n=12) dos profissionais da ESF encontram-se nesse tipo de contrato. O contrato por tempo determinado é outra modalidade sem representação entre os gestores; na equipe de Saúde da Família, no entanto, alcança 5% (n=3). Já o cargo em comissão é a espécie de contrato exclusiva de três gestores. Entre os profissionais da ESF 5% (n=3) não são contratados e 25% (n=15) foram admitidos pelo sistema de

cooperativas. Um gestor e dois dos profissionais da ESF são prestadores de serviço. Por fim, um gestor não se enquadrou em nenhuma das categorias mencionadas.

No que se refere à forma de admissão dos profissionais da ESF, 12% (n=16) foram admitidos via concurso público; 46% (n=28), por seleção pública, dos quais 85,7% (n=24) foram selecionados por meio de prova escrita; 78,6% (n=22), por entrevista e 14,3% (n=4), análise de currículo; 26,7% (n=16) foram admitidos por indicação política; 2% (n=1) tiveram como forma de admissão transferência de Programas ou áreas de atuação na Secretaria Municipal de Saúde (SMS); 8% (n=5) conversaram diretamente como setor pessoal da SMS, colocando-se como candidato ao trabalho na USF; e 5% (n=3) não se encaixaram em nenhuma dessas formas de admissão.

A jornada de trabalho dos gestores e profissionais da ESF está caracterizada em: dedicação exclusiva, apenas um gestor; 20 horas semanais, um gestor; 40 horas semanais, três gestores; no que diz respeito aos profissionais da ESF de nível superior, 86,7% (n=52) têm um "regime de trabalho" de 32 horas semanais, com uma folga semanal; e 3 gestores e 1 trabalhador de saúde têm uma carga horária semanal inferior a 32 horas semanais.

Dentre as várias oportunidades de formação profissional de nível superior com pós-graduação, três gestores têm especialização/residência em Saúde Pública ou Epidemiologia ou Saúde Coletiva, enquanto entre os profissionais das ESF, apenas um se especializou nessa área; dois gestores e dois profissionais com nível superior têm especialização/residência em outras áreas de saúde; um gestor tem mestrado em outras áreas de saúde, que não Saúde Pública ou Gestão em Saúde; um gestor tem doutorado em Gestão em Saúde; e outro participou de outro processo de formação, não referido anteriormente, e dois gestores têm apenas a graduação.

2.2 CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL

No que diz respeito à capacitação dos gestores e dos profissionais da ESF, 7 dos 12 gestores e 6 dos 12 trabalhadores de saúde com nível superior participaram do treinamento introdutório das Equipes de Saúde da Família; 2 gestores e 1 trabalhador de saúde com nível superior fizeram atualização/aperfeiçoamento em Saúde Pública ou Epidemiologia ou Saúde Coletiva; 1 gestor participou de

atualização/aperfeiçoamento em Gestão em Saúde; e 2 gestores participaram de atualização/aperfeiçoamento em outra área de saúde.

Entre os profissionais da ESF de nível médio, 85,4% (n=41) participaram do treinamento introdutório das Equipes de Saúde da Família; outras capacitações ou cursos de atualização foram realizados em áreas específicas como Tuberculose, 37,5% (n=18); Hanseníase, 33,3% (n=16); Dengue, 39,6% (n=19); DST/AIDS, 22,9% (n=11). Em relação aos treinamentos para atendimento a grupos específicos, 37,5% (n=18) dos profissionais da ESF participaram de cursos para atendimento à criança; 27,1% (n=13), a adolescentes; 35,4% (n=17), a mulheres; 27,1% (n=13), a adultos; 31,2% (n=15), a idosos; e 12,5% (n=6), atendimento a outros grupos. No que diz respeito a treinamentos técnicos, 50% (n=24) participaram do treinamento de vacinação; 12,5% (n=6), em rede de frio; 4,2% (n=2), em esterilização; 12,5% (n=6), em curativos; 27,1% (n=13), em visitas domiciliárias; e 22,9% (n=11), em treinamentos de outros procedimentos.

Para a definição das capacitações para as ESF, a maioria dos gestores e dos profissionais das ESF aponta a necessidade da população usuária e a necessidade dos_profissionais das Unidades de Saúde da Família, conforme **Quadro1**.

Critérios	Gestor	Profissional da Equipe
Necessidade da população usuária	6	26
Necessidade dos profissionais da USF	8	27
Focalizada em determinadas categorias profissionais	3	1
Oferta das instâncias gestoras	5	9
Necessidade da gestão do sistema e do cuidado	8	9
Não existem critérios definidos	-	1
Outros critérios	-	3

Quadro 1. Critérios definidores para as capacitações das Equipes de Saúde da Família (ESF) em município da Região Cento-Leste da Bahia, 2009

No que se refere às contribuições das capacitações para os profissionais das ESF, para 9 gestores e 37 trabalhadores de saúde, as capacitações vêm provocando mudanças; para 9 gestores e 24 trabalhadores, as capacitações apresentam uma articulação teórico-prático; para 10 gestores e 28 trabalhadores, as capacitações fortalecem a prática para o trabalho em equipe. Foram citadas ainda ampliação do conceito de saúde, valorização da participação do usuário/família, reconhecimento das necessidades de saúde da área de atuação, entre outras. Apenas para três profissionais as capacitações não trouxeram transformação das práticas (**Quadro2**).

Contribuições das capacitações	**Gestor**	**Profissional da ESF**
Vêm provocando mudanças	9	37
Apresentam articulação teórico-prática	9	24
Fortalecem a prática do trabalho em equipe	10	28
Valorizam a participação do usuário/família enquanto sujeitos do processo saúde-doença	5	-
Ampliam o conceito de saúde	8	23
Possibilitam maior interação trabalhador/usuário	9	23
Ajudam no reconhecimento das necessidades de saúde da área de atuação	8	22
Facilitam a articulação interinstitucional	5	9
Possibilitam maior resolubilidade das ações	7	17
Valorizam as ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e danos	8	22
Focalizadas não apenas no indivíduo, mas na família	7	12
Contribuem com mudanças nas práticas de gestão dos trabalhadores, tanto na dimensão técnica quanto na ética, política, comunicacional e interrelações pessoais, profissionais e com os usuários	8	20
Adotam pedagogia problematizadora	7	7
Não trouxeram nenhuma transformação para as práticas	-	3

Quadro 2. Contribuições das capacitações para os profissionais das ESF em um município da Região Centro-Leste da Bahia, 2009

3 DISCUSSÃO

A importância do desenvolvimento profissional, para o avanço das políticas do SUS, tem sido observada desde a Constituição Federal de 1988. Em 2004, com a Portaria 198, foi instituída a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, a qual representa a estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor, tomando como base as especificidades da população de cada área coberta por determinada equipe e as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde (BRASIL, 2004). Em 2007, com a Portaria 1.996, foram definidas diretrizes e estratégias para a implantação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2007a).

O estudo evidenciou a presença marcante do enfermeiro como gestor do sistema de saúde, o que poderia ter como explicação a existência de disciplinas de administração nos currículos de graduação em Enfermagem.

Já entre os profissionais das ESF, o ACS é a categoria que tem um maior quantitativo. Isso se deve à proporção acentuada dos referidos profissionais nas UBS. Além disso, para Tomasi et al. (2008), a presença do ACS se deve à grande expansão do PACS.

A significativa predominância do sexo feminino, tanto entre os gestores (10) quanto entre os profissionais das ESF (56), é justificada pela progressiva inserção da mulher no mercado de trabalho. Uma realidade que é reforçada por Aquino, Menezes e Marinho (1995), em virtude do trabalho em saúde estar associado ao cuidado de outras pessoas, atividade que se ajusta às características femininas.

A média de salários dos envolvidos com o PSF, gestores e profissionais da ESF, situa-se abaixo de três salários mínimos, o que, segundo Tomasi et al. (2008), configura a realidade dos profissionais do Programa Saúde da Família (PSF), em virtude da precarização do trabalho. Para os autores, esta é uma constatação preocupante, já que o PSF vem sendo colocado como modelo substitutivo.

A modalidade de contrato predominante entre os gestores e profissionais das ESF é o RJU, tendo destaque entre os gestores o cargo em comissão; entre os profissionais, a despeito de a seleção pública ser a forma de admissão de maior

percentual, a indicação política ainda se faz presente. De acordo com Tomasi et al. (2008), resultados de estudos feitos pela Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde da Organização Pan-Americana da Saúde revelaram que a precarização do trabalho para o PSF deve-se à intensa adoção da estratégia e de sua precocidade. No entanto, esse mesmo estudo aponta que a maioria dos profissionais de saúde está satisfeita com o vínculo de trabalho. Contudo, para Assis, Alves e Santos (2008), a falta de vinculação, que envolve as formas de contratação do trabalhador ao sistema, causa desmotivação à sua permanência no trabalho, podendo levar à baixa qualidade da assistência oferecida.

Neste estudo, a carga horária semanal dos profissionais das ESF, de 40 h, está adequada aos objetivos do Programa. Grande parte dos gestores, porém, tem uma carga horária semanal de 32 h.

O baixo quantitativo de gestores e profissionais das ESF com formação específica para atuar no PSF revela esta inadequação, ainda fortemente presente no Programa. Sendo o PSF uma possibilidade de reorganização do sistema de saúde e de consolidação dos princípios do SUS, Namen, Galan e Cabreira (2007) ressaltam que, na saúde, a educação representa uma estratégia de mudança do sistema. Contudo, segundo Chiesa et al. (2007), para haver mudanças no processo de formação dos profissionais de saúde com qualificação para exercerem atividade no novo modo de atuar na saúde torna-se necessária a adequação dos desenhos curriculares, que teriam como foco metodologias ativas de ensino e abordagem multidisciplinar baseada nas Ciências Humanas, Sociais e Biológicas. Neste sentido, Ceccim e Feuerwerker (2004b) afirmam a importância da articulação entre o sistema de saúde e as instituições formadoras, com o intuito de modificar a organização dos serviços e dos processos formativos.

Os Treinamentos Introdutórios, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2007b), devem ser concomitantes com o trabalho nos PSF e esse processo de capacitação deverá envolver toda a equipe. No entanto, os resultados deste estudo revelam que menos de 50% dos profissionais das ESF de nível superior participaram desse treinamento. Além disso, também é visível a baixa participação nos cursos de atualização/aperfeiçoamento.

Em compensação, os processos formativos experienciados pelos profissionais das ESF de nível médio apontam que a participação nos cursos de Treinamento Introdutório é maior, com um percentual de 85,4%. Entretanto

ainda está aquém do preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica. As capacitações em áreas específicas ou atendimento a grupos específicos ou treinamentos para determinados procedimentos apresentam um índice inferior a 50% entre os profissionais de nível médio.

Dentre os critérios estabelecidos para as capacitações têm destaque, entre os gestores, as necessidades dos trabalhadores de saúde e as necessidades da gestão do sistema e do cuidado. Já para os profissionais das ESF, o critério estabelecido para as capacitações com maior percentual é a necessidade dos trabalhadores de saúde. Entretanto, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2003b), as capacitações devem ser definidas prioritariamente com base nos problemas diários do trabalho referentes à atenção à saúde e à organização do trabalho.

É inegável a contribuição da educação permanente para a saúde. Para os gestores, sua principal contribuição é o fortalecimento da prática para o trabalho; para os profissionais, as capacitações têm provocado mudanças na atuação profissional, com uma articulação teórico-prática, além de possibilitarem maior interação entre o trabalhador e o usuário. Tais contribuições vêm corroborar o que preconiza o Ministério da Saúde (BRASIL, 2003a), ao reforçar que os processos de capacitação têm o intuito de transformar as práticas e a organização do trabalho.

Contraditoriamente, menos de 50% dos profissionais das ESF afirmaram, neste estudo, que as capacitações valorizam ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e danos. O enfoque biologicista, curativo, médico-centrado e desarticulado das práticas em saúde, porém, ainda é predominante, além de profissionais despreparados para atuarem na promoção à saúde.

É igualmente notório o descompasso em relação à metodologia apontada pelos referidos segmentos populacionais (Grupos I e II) na condução do processo de formação e capacitação no trabalho do PSF. Este quadro incita ao questionamento: Qual a pedagogia adotada nas atividades de educação permanente e de que forma ela é aplicada? O Ministério da Saúde (BRASIL, 2003b) afirma que, para haver mudança das práticas e da organização do trabalho, é necessário estruturar as capacitações com base na problematização do processo de trabalho. Segundo Pereira (2003), a pedagogia problematizadora é a mais adequada para os processos educativos em saúde, já que, de acordo

com Silva, Ogata e Machado (2008), é com base na problematização da realidade do trabalho que as necessidades de capacitação são identificadas, o que, de acordo Ceccim e Feuerwerker (2004b), garante a relevância dos conteúdos e a aplicabilidade. Já para Batista (2005), a problematização é definida como a reflexão crítica da realidade, tomando-a como ponto de partida e chegada.

Sendo assim, a educação permanente em saúde constitui-se em uma estratégia de adequação dos profissionais de saúde para o novo modelo de atenção à saúde que vem sendo implantado. Isto porque, parte da aprendizagem significativa, em que a reflexão sobre o que está acontecendo no serviço e sobre o que precisa ser transformado, está voltada para a mudança no processo de trabalho e a melhoria da qualidade dos serviços (RIBEIRO; MOTA, 1996).

De acordo com Campos et al. (2001), a educação profissional é um processo permanente. Sendo assim, a qualificação dos profissionais deverá estar centrada na formação e na capacitação adquiridas ao longo do exercício profissional.

CONCLUSÃO

O estudo evidenciou a presença marcante do Enfermeiro como gestor do sistema de saúde, bem como do Agente Comunitário de Saúde (ACS) como categoria de maior proporção entre os trabalhadores de saúde/PSF.

Tanto entre gestores quanto entre os profissionais das ESF, a proporção de mulheres é superior ao sexo masculino.

A maioria de gestores e profissionais de saúde percebem menos de três salários mínimos. A modalidade de contrato predominante entre é o RJU, tendo destaque, entre os gestores e trabalhadores, o cargo em comissão. Não obstante a seleção pública ser a forma de admissão de maior percentual, a indicação política continua presente.

A carga horária está adequada aos objetivos do programa, com destaque de 40 h semanais entre os trabalhadores de saúde e 32 h semanais entre os gestores.

Poucos profissionais de nível superior (gestores e profissionais das ESF) têm formação específica para atuação no PSF, no que poderá ter influência o baixo número desses profissionais que participaram do Treinamento Introdutório ou de atualizações/aperfeiçoamentos.

É significativa a participação dos trabalhadores de saúde de nível médio no Treinamento Introdutório, não obstante estar ainda abaixo do preconizado pela *Política Nacional de Atenção Básica*. As capacitações em áreas específicas ou atendimento a grupos populacionais focalizados ou treinamentos para procedimentos também apresentaram pouca participação.

Dentre os critérios estabelecidos para as capacitações têm destaque entre os gestores as necessidades dos trabalhadores de saúde e as necessidades da gestão do sistema e do cuidado. Já para os profissionais das ESF, o critério estabelecido para as capacitações de maior percentual é a necessidade dos trabalhadores de saúde.

Para os gestores, a principal contribuição das capacitações é o fortalecimento da prática para o trabalho; para os trabalhadores, as capacitações têm provocado mudanças na atuação profissional, apresentam articulação teórico-prática, além de possibilitarem maior interação entre o trabalhador e o usuário.

A pedagogia problematizadora ainda não representa o critério ordenador das capacitações, havendo um descompasso entre as informações dos gestores e trabalhadores de saúde.

Diante dos resultados encontrados e tomando como base os princípios da Educação Permanente em Saúde, é necessário que os processos de formação e capacitação profissional para o PSF levem em consideração o Ensino, o Serviço, a Gestão e o Controle Social. Para tanto, elaborou-se uma proposta, para que se possa caminhar efetivamente com os princípios da Educação Permanente, cuja síntese é apresentada no **Fluxograma 1**.

Gestão, Serviço, Ensino e Controle Social articulados deverão refletir criticamente sobre a realidade dos serviços e, consequentemente, problematizar as necessidades de saúde da população, da gestão setorial e do controle social, as quais norteariam os processos de formação e qualificação profissional, tendo em vista a qualidade de assistência à saúde ofertada.

ENSINO
SERVIÇO
GESTÃO
CONTROLE SOCIAL

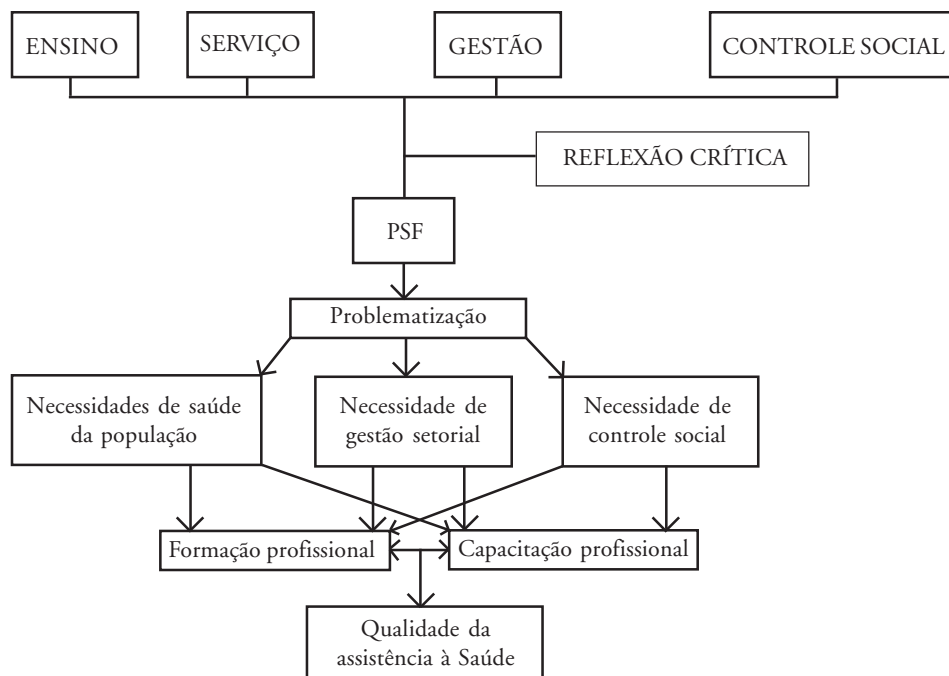
REFLEXÃO CRÍTICA

PSF

Problematização

Necessidades de saúde da população
Necessidade de gestão setorial
Necessidade de controle social

Formação profissional
Capacitação profissional

Qualidade da assistência à Saúde

Fluxograma 1. Processo de formação e capacitação profissional para o PSF

O exposto permite concluir-se que as mudanças têm acontecido timidamente; alguns passos estão sendo dados, para que a educação permanente seja implantada; as necessidades dos serviços, como critérios definidores do processo educativo, têm se tornado crescente.

O Programa Saúde da Família, como possibilidade de mudança e reorganização do sistema de saúde, além de se fortalecer como uma estratégia de consolidação dos princípios do SUS, é caracterizado com um processo de trabalho em saúde diferente do modelo ainda dominante.

No entanto, para que haja a implantação, de fato, respeitando todos os princípios e diretrizes estabelecidos pelo programa, é necessária, antes de tudo, uma mudança do processo educativo dos profissionais de saúde, já que este ainda é fundamentado em um modelo médico centrado, que não oferece integralidade da atenção. Para tanto, é imprescindível um novo modelo de atenção à saúde, acompanhado de um novo profissional.

A articulação dos setores envolvidos e a interação entre a educação e a saúde são os primeiros passos para que a transformação dos processos educativos se efetive. Para tanto, a formação e a capacitação profissional devem estar em harmonia com a realidade dos serviços de saúde.

Entretanto ressalta-se que as mudanças têm acontecido timidamente; alguns passos estão sendo dados, para que a educação permanente seja implantada. As necessidades dos serviços, como critérios definidores do processo educativo, têm se tornado crescentes, mas é importante a sustentação de um paradigma coerente com o Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

AQUINO, E.M.L.; MENEZES, G.M.S.; MARINHO, L.F.B. Mulher, saúde e trabalho no Brasil: desafios para um novo agir. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 281-290, abr./jun. 1995.

ASSIS, M.M.A. et al. **Avaliação da produção do cuidado em saúde e a construção da integralidade a partir do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF)**: o caso da Bahia. Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana, 2007.

ASSIS, M.M.A.; ALVES, J.S.; SANTOS, A.M. Políticas de recursos humanos e a (re)significação das práticas dos trabalhadores no Sistema Único de Saúde (SUS): apontamentos para o debate. **R. Baiana de Saúde Públ.**, Salvador, v. 32, supl. 1, p. 7-15, out. 2008.

BATISTA, N. et al. O enfoque problematizador na formação de profissionais da saúde. **R. Saúde Públ.**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 231-237, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do SUS NOB-SUS 01/96**. Brasília, DF, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PROESF**: Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família. Brasília, DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde (CNS). **Resolução nº. 335**. Aprova a política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos

para a educação permanente em saúde e a estratégia de pólos de educação permanente em saúde. Brasília, DF, 2003a.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília, DF, 2003b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 198/GM**. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2006**: uma análise da situação de saúde no Brasil. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.996/GM**. Brasília, DF, 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília, 2007b.

CAMPOS, F.E. et al. Caminhos para aproximar a formação de profissionais de saúde das necessidades da atenção básica. **R. Bras. Educ. Méd.**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 53-59, maio/ago. 2001.

CAMPOS, F.E.; BELISÁRIO, S.A. O Programa de Saúde da Família e os desafios para a formação e a educação continuada. **Interface – Com., Saúde, Educ.**, Minas Gerais, v. 5, n. 9, p. 133-142, ago. 2001.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: R. Saúde Col.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-54, 2004a.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, set./out. 2004b.

CHIESA, A.M. et al. A formação de profissionais da saúde: aprendizagem significativa à luz da promoção da saúde. **Cogitare Enf.**, Curitiba, v. 12, n. 2, p. 236-240, abr./jun. 2007.

FEIRA DE SANTANA. Município. Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana. **Relatório de Gestão 2002/1°semestre**. Feira de Santana, BA, 2008.

GOLDBAUM, M. et al. Utilização de serviços de saúde em áreas cobertas pelo programa saúde da família (Qualis) no Município de São Paulo. **R. Saúde Públ.**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 90-99, 2005.

HENRIQUE, F.; CALVO, M.C.M. Avaliação do Programa Saúde da Família nos municípios de Estado de Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 809-819, abr. 2008.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Site institucional**. Disponível em: <http: /www.ibge.gov.br.> Acesso em: 15 ago. 2008.

LENTSCK, M.H. et al. Avaliação do Programa Saúde da Família: uma revisão. **R. Ci. Saúde Col.**, 2007. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=2477>. Acesso em: 5 jan. 2009.

NAMEN, F.M.; GALAN JR., J.; CABREIRA, R.D. Educação, saúde e sociedade. **R. Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 9, n. 1, p. 43-55, dez. 2007.

PEREIRA, A.L.F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1527-1534, set./out. 2003.

RIBEIRO, E.C.O.; MOTTA, J.I.J. Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde. **R. Divulg.**, Curitiba, n. 12, p. 39-44, jul. 1996.

SANTOS, A.M. et al. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 75-85, jan. 2007.

SILVA, J.A.M.; OGATA, M.N.; MACHADO, M.L.T. Capacitação dos trabalhadores de saúde na atenção básica: impactos e perspectivas. **R. Eletr. Enf.**, Goiânia, v. 9, n. 2, p. 389-401, maio/ago. 2007. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/ v9n2a08.htm>. Acesso em: 19 set. 2008.

TOMASI, E. et al. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. S193-S201, 2008.

VIANA, A.L.D.; DAL POZ, M.R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis: R. Saúde Col.**, Rio de Janeiro, v. 15, supl., p. 225-264, 2005.

CAPÍTULO 5

ACESSO AO PSF: GARANTIA PARA A RESOLUBILIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE?

Marluce Maria Araújo Assis; Diego Lima Levi; Maria Angela Alves do Nascimento; Juliana Alves Leite Leal; Rita de Cássia Rocha Moreira; Patrícia Regina de Souza Carneiro; Erenilde Marques Cerqueira

INTRODUÇÃO

A opção em estudar o acesso enquanto categoria central de análise perpassa pelas inter-relações existentes entre os usuários e o serviço de saúde, no intuito de analisar se os direitos à saúde estão sendo respeitados e colocados como prioridades de atenção pelo poder público (GIOVANELLA; FLEURY, 1996).

A discussão proposta neste artigo dirige-se à categoria acesso, em suas dimensões geográfica e funcional, como um dispositivo que atenda às necessidades dos usuários do serviço de saúde, com a garantia da resolubilidade.

A análise do acesso, para Abreu de Jesus e Assis (2010), vai além da conexão pura e simples ao conceito de "porta de entrada", configurando-se como um dispositivo transformador da realidade. A partir de então, assume um caráter regulador sobre o sistema de saúde, ao definir os fluxos, o funcionamento, a capacidade e a necessidade de expansão e organização da rede para o cuidado progressivo do usuário.

Diante do processo histórico que conduziu a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS) e o fortalecimento da Atenção Básica (AB), o conceito de acesso aos serviços de saúde passou por diversas modificações, sendo finalmente concebido como um dispositivo importante, que abrange a eficácia e a equidade desses serviços.

Como campo de estudo, optou-se por um município da Região Centro-Leste, por ser este um componente do Programa de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF), no interior do Estado da Bahia e da organização de redes de atenção à saúde, sendo considerado um dos municípios de referência para serviços de saúde de média e/ou alta complexidades nas diversas linhas do cuidado (ASSIS et al., 2008). Por conseguinte, esta pesquisa teve como objetivos caracterizar o acesso aos serviços de saúde no Programa de Saúde da Família, na perspectiva da resolubilidade da atenção, e avaliar as formas de acesso (geográfico e funcional) dos usuários ao PSF nesse município.

Ressalta-se que a compreensão do acesso ao serviço de saúde, além de envolver a localização da unidade de saúde, deverá ter seu impacto na inserção do usuário nos serviços de saúde e o recebimento de cuidados subsequentes.

Na análise da categoria acesso também se encontra inserida a disponibilidade de recursos e a capacidade da rede de produzir serviços que deem respostas às necessidades traduzidas em demandas pela população (ASSIS; VILLA; NASCIMENTO, 2003). Nesse caso, como apontam Merhy e Onocko (2006), envolve o cardápio de serviços oferecidos e se eles estão em consonância com a *cesta de necessidade de saúde* da população, as quais precisam ser atendidas e resolvidas. Perpassa, portanto, pela produção de uma oferta organizada, pois o acesso envolve demandas diferenciadas por tipo de atendimento prestado.

Dessa maneira, as características dos serviços oferecidos assumem significados quando analisados à luz da ação que exercem na capacidade de uso do Serviço da ABS, tanto na perspectiva do usuário quanto dos trabalhadores de saúde (STARFIELD, 2004).

Enfim, concorda-se com Assis, Villa e Nascimento (2003) que o acesso assume seus contornos quando amplia suas dimensões ao entendimento do contexto histórico-social, condições socioeconômicas, educação e cultura, que se traduzem nas dimensões geográfica, econômica, funcional, cultural e comunicacional.

1 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, realizado em um município da Região Centro-Leste da Bahia, precisamente nas Unidades de

Saúde da Família (USF), tendo como participantes 12 gestores (Grupo I), 60 profissionais de saúde das ESF (Grupo II) e 257 usuários (Grupo III), totalizando uma amostragem de 329 sujeitos.

O formulário foi o instrumento utilizado para coletar dados, sendo aplicados três tipos, específicos para cada grupo.

Após a coleta, os dados foram consolidados em um banco de dados com base no programa estatístico Epidata e posteriormente sistematizados no programa Excel. Os resultados são apresentados estatisticamente pela frequência absoluta ou relativa.

2 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A discussão e análise dos resultados são evidenciadas nesta parte do trabalho. Aborda-se, portanto, as dimensões do acesso ao PSF, envolvendo a dinâmica do processo de deslocamento do usuário, a organização das ações e serviços, meios de divulgação e as facilidades para acessar a unidade, sempre em busca da resolubilidade da atenção.

2.1 GARANTIA DE ACESSO E DE RESOLUBILIDADE DAS DEMANDAS DE SAÚDE DOS USUÁRIOS

Verifica-se, nos resultados, que os usuários do serviço de saúde, em sua maioria (43,6%), frequentavam o PSF há mais de seis anos. Dentre os segmentos familiares que mais utilizavam os serviços, destacam-se as mulheres (59,1%), seguidas das crianças (23%). No nível de escolaridade dos usuários do PSF foram destaques o ensino fundamental, com 38,5%, e o ensino médio completo, com 26,8%.

Outro aspecto que chama atenção é o perfil socioeconômico. A renda familiar não ultrapassa dois salários mínimos, ou seja, mais de dois terços dos usuários têm renda entre meio a um salário mínimo (41,7%) e entre um a dois salários mínimos (25,4%).

Entende-se que tal realidade influencia na atenção à saúde, uma vez que a privação dos usuários aos serviços básicos terá um grande impacto, considerando-se sua importância na qualidade de vida da população, em especial a

população desprovida de recursos/meios para buscar alternativas na falta do serviço público.

Contudo, para que o PSF seja realmente considerado a "porta de entrada" do usuário na ABS, na rede SUS, deverá existir a integração de cuidados básicos e especializados, para facilitar o acesso e melhorar a qualidade da atenção. Para tanto, Merhy (1997) coloca que a função da "porta" não é mais barrar e limitar o atendimento, e sim responder aos problemas que ali aparecem de modo criativo, explorando ao máximo o acolhimento nas relações, mediante a formação de vínculo entre o profissional/serviço/usuário.

Após 15 anos da implantação do PSF como um programa de reorientação do modelo de atenção, visualiza-se que ele já apresenta avanços, mesmo com seus limites e/ou dificuldades, visto que passa a ser o ponto de entrada do usuário no sistema de saúde. No entanto, neste estudo, demonstra-se que a resolubilidade do PSF é apenas aquela efetuada diante da ação queixa/conduta, sem garantia de continuidade da atenção aos serviços da média e alta complexidade.

O estudo revela que dos 257 usuários pesquisados, 194 (74,5%) procuram primeiramente a unidade de saúde de seu bairro, quando apresentam alguma necessidade/problema a ser solucionado. Outrossim, 82% dos usuários referiram que sua necessidade de saúde foi resolvida na USF. Essa procura pela USF para a resolução de uma necessidade leva a inferir-se que a população talvez a reconheça e a perceba como um espaço presente em suas vidas, fortalecendo o vínculo entre a instituição, os usuários e os trabalhadores de saúde.

No entanto, nos dados apresentados neste estudo, notam-se que as ações programáticas da USF continuam a funcionar paralelamente às atividades de outros serviços de saúde, não se configurando como um novo modelo de atenção, tampouco reorientando o sistema de saúde.

Ressalta-se, entretanto, que essa resolubilidade é baseada em uma queixa do usuário, a qual é seguida de uma conduta do profissional, configurada em um modelo de pronto atendimento que não proporciona uma resolubilidade efetiva, visto que, para que ocorra em sua plenitude, deve existir a integralidade da atenção, com garantia de acesso aos serviços de média e alta complexidade.

Por isso, o PSF é formulado para garantir essa integralidade, pela conformação de uma nova visão do processo saúde/doença, em que o foco das ações passa a ser o indivíduo e não a doença. Essa visão ampliada do serviço,

defendida por Campos (2006), é a efetividade de uma clínica ampliada, por ele nominada de Clínica dos Sujeitos. Na prática, porém, são ainda observadas dificuldades em sua execução.

Para que a ABS funcione realmente como um nível de um sistema de saúde, deve, segundo Starfield (2004), oferecer aos usuários a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, garantir atenção a pessoa (não a enfermidade) no decorrer do tempo, ampliar a atenção a todas as situações de saúde, exceto as incomuns, e coordenar ou integrar a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. Todavia há necessidade da (des)construção de uma prática voltada para a doença e (re)construção de um modelo de saúde que deixe de ser excludente e pouco resolutivo, para que assegure integralidade e dignidade ao usuário, com garantia de acesso e resolubilidade da atenção (SANTOS et al., 2008).

Para tanto, as práticas devem ser definidas pelo território de necessidades e pelas demandas apresentadas pelos usuários, objetivo da regionalização do serviço, e não pela adoção de programas verticais, os quais, na maioria das vezes, não atendem aos anseios dos usuários. Torna-se necessária, portanto, a articulação das ações básicas desenvolvidas no PSF com os outros níveis de complexidade, de modo a garantir a plenitude do acesso em todo o sistema de saúde.

2.2 DIMENSÕES DO ACESSO DOS USUÁRIOS NO PSF

O acesso corresponde às características dos serviços que assumem significados quando interpretadas à luz do impacto que exercem na capacidade da população de usá-los. Desta forma, pode-se indicar o grau de facilidade ou dificuldade para que as pessoas obtenham os cuidados de saúde (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Como foi destacado, dentre as dimensões do acesso estudadas está a geográfica, aquela relacionada às variáveis distância, tempo e transporte necessários para deslocar-se ao serviço de saúde. Entretanto, o estudo da localização do serviço de saúde poderá tornar-se mais efetivo se, além da dimensão geográfica, forem igualmente consideradas variáveis de natureza econômica e social. Grandes distâncias a serem percorridas, dificuldade de transporte e baixa renda das famílias são fatores que, associados, reduzem a utilização dos serviços de saúde (TRAVASSSOS; VIACAVA, 2007).

No que diz respeito à forma de acesso geográfico, a distância do serviço de saúde somada ao tempo e ao custo de deslocamento também se configuram como barreiras de acesso a serem superadas. No **Gráfico 1**, verifica-se que a maioria das pessoas (77,4%) desloca-se a pé até a unidade de saúde, estando em segundo lugar o uso de transporte coletivo (14,7%).

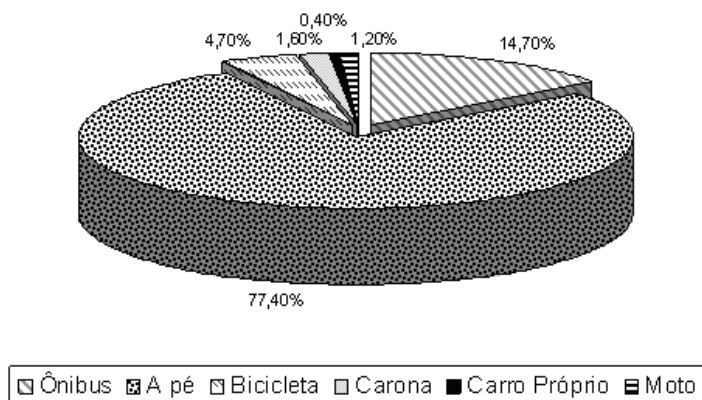



Gráfico 1. Formas de acesso geográfico dos usuários do PSF de um município da Região Centro-Leste da Bahia, 2009

Embora existam facilidades decorrentes da disponibilização de USF próxima da casa do cidadão, foram identificados aspectos determinantes da escolha que passam, entre outros, pela resolubilidade do serviço (RAMOS; LIMA, 2003). O acesso não pode ser visto de forma unidimensional, limitado à disponibilidade de recursos, mas como um conjunto de dimensões que precisam estar alinhadas de forma a suprir as necessidades da população, no processo de busca e obtenção de assistência à saúde.

Em relação ao acesso funcional, foram apontados neste estudo os obstáculos para se conseguir atendimento médico, seja na marcação da consulta, seja na demora do atendimento. Com referência à demora do atendimento médico após a marcação, os resultados indicam que 49,4% dos usuários esperam uma semana ou mais para a consulta, salvo em casos de emergência. Revela-se, pois, que a resolubilidade afirmada pelo usuário é apenas aquela que ocorre mediante uma queixa e não abrange a integralidade da atenção, com garantia de acesso fácil a outros serviços.

Em relação ao tempo gasto para receber o atendimento desejado, nota-se que 29,1% e 26,1% dos usuários levam entre 30 a 60 minutos e 1 a 2 horas, respectivamente, para ter acesso ao serviço.

Entende-se por integralidade das ações o direito que o usuário possui de ser atendido em todas as suas necessidades. Isto é, as ações não devem limitar-se à atenção básica, garantindo-se acesso aos serviços de média e alta complexidade, se assim for preciso, no intuito de dar resolubilidade às necessidades dos usuários. A dificuldade de agendar consulta e exames pode ser listada como exemplo de que a resolubilidade e a integralidade ainda não estão sendo efetuadas em sua plenitude, assim como há indisponibilidade de serviços de referência para os níveis hierárquicos.

No que tange às dificuldades encontradas pelos usuários no PSF do município estudado, profissionais da ESF, usuários e gestores apontaram aspectos importantes, ilustrados no **Gráfico 2**.

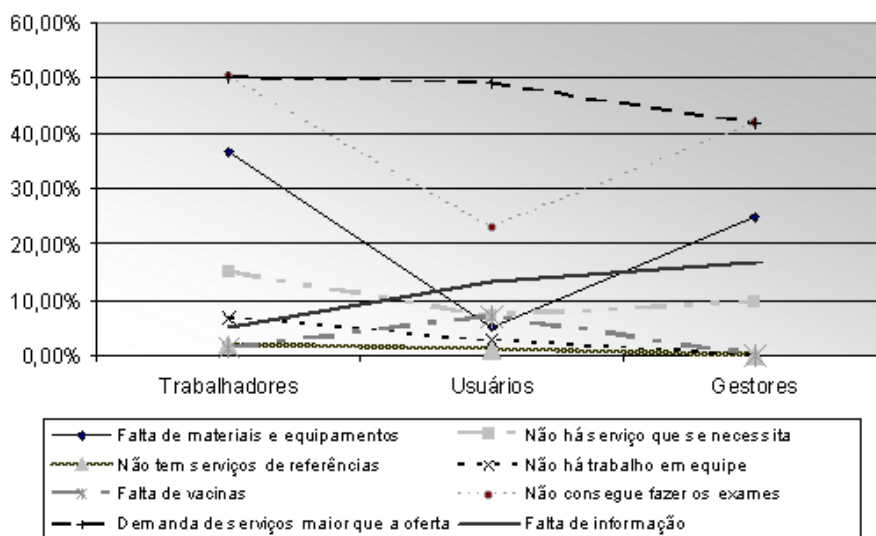



Gráfico 2. Dificuldades encontradas no PSF na atenção à saúde na percepção dos usuários, trabalhadores de saúde e gestores em um município da Região Centro--Leste da Bahia, 2009

Os profissionais das ESF e gestores referiram a existência de dificuldades principalmente para o acesso aos exames (50% e 41,7%) e falta de materiais e equipamentos nas unidades de saúde (36,7% e 25%), respectivamente. Em

todos os grupos (profissionais 50%, usuários 49% e gestores 41,7%) foi predominante a referência à demanda aos serviços de saúde, indicando que é maior do que a oferta. Gestores (16,7%) e usuários (13,2%) apontam a falta de informação, mais do que os profissionais das ESF (5%), como uma dificuldade do PSF. A ausência do trabalho em equipe é mais indicada pelos profissionais (6,7%) e usuários (2,7%), mas sem indicação entre os gestores.

Concorda-se com Giovanella, Escorel e Mendonça (2007), quando afirmam que a organização de sistemas integrados de serviços de saúde proporciona atenção de melhor qualidade e menos onerosa, mais direcionada a responder às necessidades de saúde da população, tudo por meio da definição de "porta de entrada" acessível e resolutiva, como propõe o PSF.

Além da organização do sistema de saúde, a divulgação de informações sobre o PSF é de extrema importância e o uso da informação correta fornece subsídios à sociedade para o exercício de cidadania e participação social.

Quando se inquiriu aos usuários sobre os meios de divulgação do PSF, observou-se a existência de muitas fontes de informação, porém o trabalho dos agentes comunitários de saúde (ACS), que atuam diretamente junto às famílias, foi a opção mais reconhecida, como pode ser visto no **Gráfico 3**.

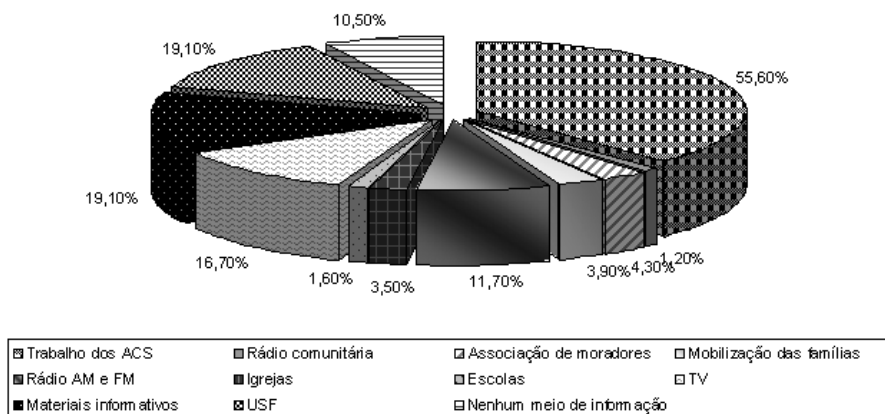



Gráfico 3. Meios de divulgação do PSF referidos pelos usuários de um município da Região Centro-Leste da Bahia, 2009

Não obstante os usuários serem informados sobre o PSF por meio do trabalho dos ACS (55,6%), os materiais informativos impressos (19,1%) e a televisão (16,7%) são também representativos. Vale destacar que 10,5% dos usuários informaram não receber quaisquer informações sobre o Programa. Entende-se que o acesso comunicacional incipiente prejudica o acesso da população aos serviços, bem como afasta a criação de vínculo e responsabilização entre trabalhadores de saúde e usuários.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo caracterizou a categoria acesso nas dimensões geográfica, aquela que envolve a localização da USF próxima da população a qual atende, de horários e dias para o atendimento, o grau de tolerância para consultas não agendadas e a percepção da população sobre tais conveniências, além do acesso funcional, aquele que incorpora a disponibilidade de recursos de saúde e a capacidade da rede em produzir serviços que deem respostas às necessidades traduzidas em demandas pela população do município que se constituiu em campo de pesquisa.

Neste estudo foi retratado que os usuários passam por diversas dificuldades para conseguir o acesso aos serviços de saúde. Pode-se dizer que o acesso geográfico é caracterizado pela localização da unidade, observando-se que a maioria das pessoas (77,4%) se desloca a pé para alcançar atendimento no PSF. Além disso, identificam-se barreiras financeiras, quando o atendimento só é conseguido mediante gastos com transporte, consultas e exames. O acesso funcional caracteriza-se por deficiências organizacionais do serviço, como a presença de filas, ausência de serviços, tempo de espera prolongado, falta de medicamentos e dificuldades de agendamento de exames.

O acesso deveria ser organizado pela ação planejadora do Estado, com base na garantia de localização adequada, da disponibilidade e da articulação funcional dos serviços em uma rede organizada de acordo com as necessidades da população coberta pela unidade que oferta os serviços.

Neste sentido, uma das formas de se contribuir para a efetivação do acesso aos serviços de saúde é por meio do controle social efetivo por parte da população, não só da luta diária por melhorias nos serviços, como também da reorganização do processo de trabalho. Sua participação na elaboração das políticas públicas de saúde, também influenciada pelo nível educacional, pode ser fator de qualificação dos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

ABREU DE JESUS, W.L.; ASSIS, M.M.A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ci. Saúde Col.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 161-170, 2010.

ASSIS, M.M.A.; VILLA, T.C.S.; NASCIMENTO, M.A.A do. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Ci. Saúde Col.**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 815-23, 2003.

ASSIS, M.M.A. et al. **Avaliação da produção do cuidado em saúde e a construção da integralidade a partir do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF)**: o caso da Bahia. Feira de Santana: UESF, 2008.

CAMPOS, G.W.S. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; MENDONÇA, M.H.M. Porta de entrada pela atenção básica? Integração do PSF à rede de serviços de saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 278-289, 2007.

GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. Universidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ, C. **Política de saúde**: o público e o privado. Rio de janeiro: Fiocruz, 1996. p. 177-198.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Praxis en salud**: un desafío para lo público. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.

MERHY, E.E; ONOCKO, R (Orgs.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. 2. ed São Paulo: Hucitec, 2006.

RAMOS, D.D.; LIMA, M.A.D.S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 27-34, 2003.

SANTOS, A.M. et al. Vínculo e autonomia na prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Públ.**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 464-470, 2008.

STARFIELD, B. **Atenção primária**. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, Unesco, DFID, 2004.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. esp., p. 190-198, 2004.

TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2490-2502, 2007.

CAPÍTULO 6

VÍNCULO E RESPONSABILIZAÇÃO NA CONSTRUÇÃO DA PRODUÇÃO DO CUIDADO NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

Maria Angela Alves do Nascimento; Sandra Carla Maia Carneiro Santos; Marluce Maria Araújo Assis; Rita de Cássia Rocha Moreira; Juliana Alves Leite Leal; Carolina de Camargo Teixeira Gonçalves; Laisa Mirella Marinho de Andrade; David Félix Martins Júnior

INTRODUÇÃO

O Programa Saúde da Família (PSF) começa a ser estruturado quando o Ministério da Saúde (MS), em 1991, implanta o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), com o objetivo de promover a redução da mortalidade materna e infantil, em especial nas regiões Norte e Nordeste, por meio da extensão da cobertura dos serviços de saúde para as áreas menos favorecidas. Contudo, com base na experiência acumulada no estado do Ceará com o PACS, o MS percebe a importância do desenvolvimento das ações dos Agentes Comunitários da Saúde (ACS) para o fortalecimento dos serviços básicos de atenção à saúde nos municípios e começa a enfocar a família como unidade de ação programática de saúde. Com isto, o indivíduo passa a ser visto dentro de um contexto coletivo (ROSA; LABATE, 2005; VIANA; DAL POZ, 1998).

A despeito da grande expectativa de que o PSF possa se tornar a estratégia de reestruturação da Atenção Básica (AB) e das mudanças nas condições políticas e institucionais e de financiamento destinadas a acelerar este processo, para Pereira et al. (2006), poucas foram as cidades com sistemas de saúde complexos que implantaram o Programa como estratégia substitutiva do modelo assistencial vigente.

Num primeiro momento foi considerado um programa de saúde focalizado nas populações pobres, principalmente as mais marginalizadas de acesso aos cuidados básicos de saúde. Entretanto, em sua modelagem teórica e prática, foi redirecionado como um instrumento capaz de reorganizar e reestruturar o Sistema Público de Saúde, ou seja, o enfoque do programa deverá ter uma perspectiva de estratégia de mudança de modelo de atenção à saúde (VIANA; DAL POZ, 1998).

Ao longo dos 15 anos de sua implementação, o PSF passou por diferentes concepções. Inicialmente, segundo Canesqui e Spinelli (2008), foi concebido enquanto um programa de assistência à saúde, destinado às ações de prevenção, promoção e proteção do indivíduo/família/comunidade no contexto da Atenção Primária. Atualmente, é defendido como uma estratégia de reorientação focada no modelo assistencial de Vigilância a Saúde, na tentativa de reorganizar o modelo assistencial, segundo os preceitos da Atenção Básica.

Entende-se que, ao se organizar este modelo, é preciso que também se organize o processo de trabalho em saúde, de modo que leve ao rompimento da dinâmica médica centrada do modelo hegemônico de organização e com a forma de trabalho da equipe. Isto, entretanto, requer mudanças nos microprocessos deste trabalho em saúde, os quais estão relacionados ao espaço relacional (espaço intercessor) do trabalhador com o usuário. Só então será possível qualificar o cuidado prestado como baseado na escuta e no uso de tecnologias leves (acolhimento, vínculo, responsabilização). Assim, é possível elevar-se o coeficiente de autonomia do usuário, além de desestabilizar o alto grau de normatização das práticas presentes no PSF, argamassa da Atenção Básica no país (ABRAHÃO, 2008; CAMPOS, 2005; MERHY, 2002).

Neste estudo destacam-se como instrumentos do PSF para alcançar seus objetivos o *Vínculo* e a criação de laços de compromisso e de *co-Responsabilização* entre profissionais de saúde e a população.

Por conseguinte, a possibilidade de vínculo resulta da disposição de acolher de uns e da decisão de buscar apoio em outros. Vínculo é, portanto, "[...] a circulação de afeto entre pessoas" (CAMPOS, 2005, p. 28). O vínculo é um dispositivo utilizado para estimular os grupos e as organizações a participarem da resolução de seus problemas. Na verdade, o que se quer é ajudar o usuário a adquirir autonomia.

Significa ainda criar estratégias adequadas de receber os diferentes modos como a população procura ajuda nos serviços de saúde, respeitando as particularidades (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 1997). Desta forma, o novo "agir" em saúde só será possível quando os processos de trabalho potencializarem as tecnologias leves, em especial o vínculo, em seu fazer saúde.

Portanto a compreensão ampliada de vínculo guarda estreita relação com a capacidade do outro de usufruir da condição de sujeito ativo nas decisões acerca de sua vida. É o dispositivo que leva os sujeitos (trabalhadores e usuários) ao encontro de suas potencialidades, pois favorece a reciprocidade de experiências e, assim, possibilita a construção de atos terapêuticos co-responsabilizados (SANTOS et al., 2008).

Neste contexto, a responsabilização pela produção do cuidado é também um dos instrumentos e dispositivo do Sistema Único de Saúde (SUS) para a mudança do modelo assistencial. Para Starfield (2004, p. 366), a essência da responsabilização é a "[...] disponibilidade de informações a respeito de problemas e serviços anteriores e o reconhecimento daquela informação, na medida em que está relacionada às necessidades de atendimento".

Por isso, na busca de cumprir os princípios do SUS, é necessário que se compreenda o conjunto de necessidades de ações e serviços de saúde que o usuário precisa para atingir a integralidade (MATTOS, 2001). Daí a preocupação político-econômica e cultural na produção da saúde para com a responsabilização na produção do cuidado, enquanto dispositivo para amenizar as tensões encontradas no PSF.

Entretanto, para que as equipes de saúde da família efetivamente se comprometam com a construção do SUS e se responsabilizem pela saúde dos usuários, devem buscar a resolubilidade mediante a produção de novas tecnologias para o cuidado, por meio da ruptura de práticas médicas hegemônicas do sistema, com o objetivo de produzir uma atenção à saúde de qualidade. Segundo Campos (2003), há que superar os limites, desde trabalhar com a qualificação e responsabilização da equipe e dos gestores, até a co-responsabilização dos cidadãos, com uma prática dialógica e flexível às demandas/necessidades dos usuários.

A responsabilização na perspectiva das práticas de saúde individuais e coletivas é dirigida à produção de responsabilização clínica e sanitária e de intervenção resolutiva, tendo em vista as pessoas, como um caminho para

defender a vida. Reconhece-se que sem acolher e vincular não há produção desta responsabilização nem otimização tecnológica das resolubilidades que efetivamente impactam os processos sociais de produção da saúde e da doença (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

A despeito de a equipe saúde da família ser responsável pela produção do cuidado clínico e sanitário, há ainda barreiras a serem rompidas devido à própria fragilidade do sistema de saúde brasileiro, que, não obstante os avanços, traz ainda consigo traços de um modelo tradicional e limitado quanto ao cuidado integral, universal e igualitário. Assim, será necessário inverter as lógicas de produção do cuidado, centrando o processo de trabalho nas tecnologias de saúde, principalmente a leve e leve-dura, operando uma reestruturação produtiva com o objetivo de tornar mais resolutivo e dinâmico o cuidado no Saúde da Família. Este deve ser caracterizado por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abranjam as ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde.

Desta forma, o uso de tais tecnologias na execução do trabalho em saúde poderá servir como instrumento facilitador para a construção das ações em saúde, tendo em vista a integralidade das ações e serviços demandados pela população atendida pelo PSF, traduzidas em ações efetivas para dar resolubilidade às necessidades de saúde desses usuários, tornando-os mais autônomos no processo de saúde-doença (MERHY, 1992).

A resolubilidade no PSF, entretanto, não se limita a ter uma conduta; envolve colocar a possibilidade de usar "tudo" o que se dispõe para eliminar o sofrimento e as causas reais do problema do usuário. É colocar a sua disposição toda a tecnologia para conseguir o diagnóstico e o tratamento adequado a cada caso, a fim de abordar a dimensão individual e coletiva dos problemas de saúde (MERHY, 2006).

1 METODOLOGIA

Estudo com uma abordagem quantitativa, que tem como objetivo caracterizar o vínculo e a responsabilização na produção do cuidado em saúde

no PSF de um município da Região Centro-Leste da Bahia, na visão dos profissionais de saúde, dos gestores e dos usuários. Participaram 329 sujeitos, categorizados em três grupos: O Grupo I, constituído de profissionais de saúde das equipes de saúde da família, levou em consideração os seguintes critérios de inclusão: profissionais com mais de um ano na unidade saúde da família (urbano e/ou rural), ambos os sexos e as diversas categorias profissionais. A amostra foi representada por 60 sujeitos: 33 agentes comunitários de saúde, 11 auxiliares e/ou técnicos de enfermagem, 6 enfermeiros, 6 médicos, 2 auxiliares e/ou técnicos de consultório dentário e 2 odontólogos.

O Grupo II foi representado por dirigentes da Atenção Básica e/ou PSF – gestores (Secretário Municipal de Saúde, Coordenador da Atenção Básica, Supervisores das 82 unidades saúde da família). Participaram desse grupo o Secretário de Saúde, o Coordenador da AB e os 10 Supervisores de Equipes Saúde da Família, perfazendo um total de 12 gestores.

Já o Grupo III foi constituído por 257 usuários, selecionados mediante os seguintes critérios: maiores de 18 anos, frequentadores da unidade saúde da família há 6 meses.

O instrumento de coleta de dados foi o formulário, elaborado em três versões com questões específicas direcionadas a cada grupo dos sujeitos, construído com base nos indicadores dos componentes do *Primary Care Assessment Tool* (PACT). Foi preenchido pelos pesquisadores após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

Na análise dos dados foram utilizados o método de análise de frequência absoluta e relativa e o programa de estatística Epidata. Os resultados estão apresentados em gráficos e quadros construídos pelo programa Excel.

2 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

De acordo com o **Gráfico 1**, após serem atendidos, 178 (69,3%) usuários declararam-se satisfeitos, pois tiveram seus problemas resolvidos, porém apenas 54 (21%) sentiram-se realmente *considerados* e *ouvidos* durante o atendimento. Com base nestes resultados, pode-se inferir que a satisfação do usuário

diante da resolubilidade de seus problemas de saúde pode estar associada ao estabelecimento do vínculo. Segundo Santos e Assis (2006), estabelecer vínculo é ampliar os laços relacionais, com o desenvolvimento de afetos e da potencialização do processo terapêutico, bem como do acolhimento. Este representa as ações comunicacionais que envolvem os atos de receber e ouvir a população que procura os serviços de saúde, dando respostas adequadas a cada demanda, em todo o percurso do atendimento recepção, clínica, encaminhamento externo, retorno, remarcação e alta (SANTOS et al., 2007). Desta forma, estes dados apontam que a USF pode estar utilizando estes mecanismos como forma de potencializar o vínculo entre trabalhadores e usuários do serviço de saúde.

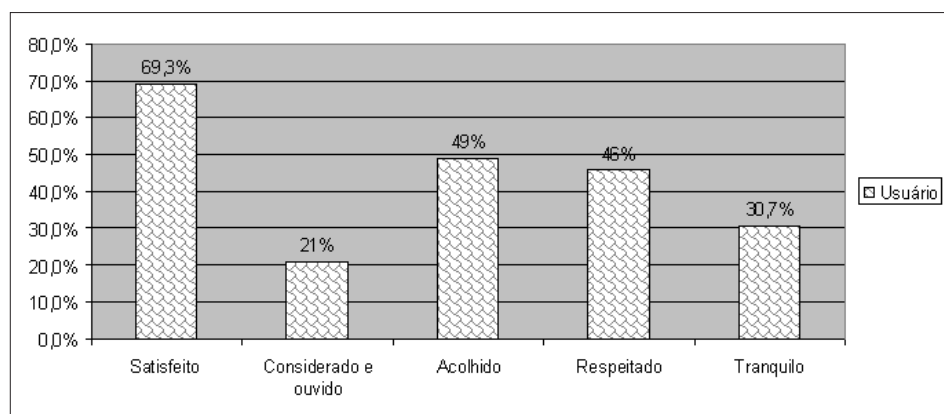



Gráfico 1. Características do vínculo baseado na inter-relação entre serviço-profissional de saúde-usuário apontadas pelos usuários durante o tratamento/consulta, no PSF de um município da Região Centro-Leste da Bahia, 2009

O **Gráfico 2** mostra que 139 (54,1%) usuários afirmam que, ao chegar na USF, os profissionais de saúde da ESF os recebem pelo nome próprio e conversam *amigavelmente*. Todavia menos da metade dos usuários, 114 (44,4%), conhecem os profissionais por seu nome e a função que exercem no interior da USF, a despeito de um grande contingente, 182 (70,8%), desses usuários, afirmar ser recebido sempre pelos mesmos profissionais, toda vez que procuram atendimento. Ressalta-se ainda que 171 usuários (66,5%) sentem-se à vontade para tratar de seus problemas de saúde e de sua família com o profissional que os recebem.

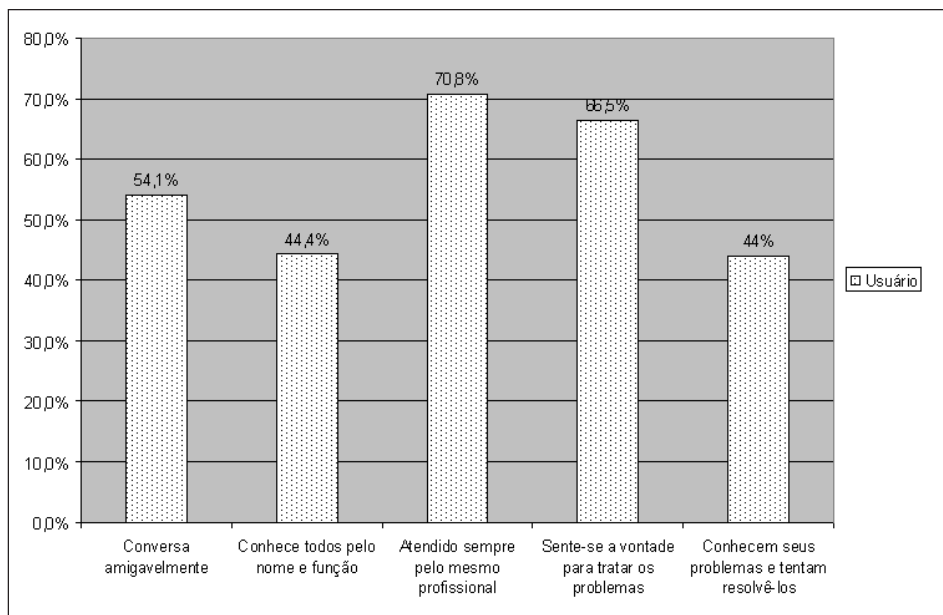



Gráfico 2. Características do vínculo na inter-relação profissional de saúde e usuário/família ao chegar no PSF de um município da Região Centro-Leste da Bahia, 2009

Segundo Starfield (2004), a interação estabelecida entre o profissional de saúde e o usuário, desde o momento em que este procura assistência na unidade de saúde, contribui para o estabelecimento de relações de longa duração e para o alcance da efetividade da atenção.

Na busca pelo atendimento, o usuário expressa seus problemas ao profissional de saúde de acordo com o grau de confiança que nele possui. O profissional, por sua vez, busca compreender os problemas e formular soluções cabíveis para o caso. As recomendações feitas pelo profissional de saúde poderão ou não ser atendidas pelo usuário, a depender da confiança estabelecida durante a interação e da compreensão e da adequabilidade destas para a atenção a sua saúde, favorecendo o fortalecimento do vínculo. Portanto, essa ideia de vínculo, segundo Merhy (1997), deve levar a pensar sobre a responsabilidade, o compromisso e a necessidade de realizarem-se intervenções que não sejam burocráticas, nem impessoais.

No **Quadro 1** observa-se, dentre os motivos pelos quais os usuários procuram a USF, que a proximidade de sua casa é a mais referida (66,9%). Outrossim, pode inferir-se que há uma contradição entre tais dados e as características do vínculo entre serviço de saúde-profissional-usuário, quando apenas 5,8% dos usuários afirmaram conhecer todos os profissionais e estes aos usuários e suas famílias. Este último dado corrobora o exposto no Gráfico 1, no qual apenas 54 (21%) usuários sentem-se ouvidos e considerados em seus problemas de saúde.

MOTIVOS DE VOCÊ/ FAMÍLIA PROCURAR ESTA USF	NÃO		SIM	
	n	%	n	%
É mais perto de minha casa	85	33,1	172	66,9
Minha família é cadastrada	119	46,3	138	53,7
Prática humanizada	203	79	54	21
Não preciso pagar	198	77	59	23
Não tenho aonde ir	218	84,8	39	15,2
Porque não tenho condições de pagar outros serviços	208	80,9	49	19,1
Sempre fui bem acolhido	211	82,1	46	17,9
Porque resolve todos os problemas de saúde	234	91,1	23	8,9
Tem bons profissionais	230	89,5	27	10,5
Conheço todos os profissionais e eles também já conhecem a mim e família	242	94,2	15	5,8

Quadro 1. Motivos que levam os usuários a procurar o PSF de um município da Região Centro-Leste da Bahia, 2009

Este fato denota a necessidade de os profissionais da equipe repensarem o acolhimento ao usuário, já que, para Franco e Magalhães (2004), este dispositivo, enquanto diretriz operacional, seria uma relação acolhedora com escuta e respostas positivas, capazes de resolver os problemas de saúde da população, bem como de reorganizar o processo de trabalho na lógica de equipe multiprofissional e interdisciplinar, humanizando a relação trabalhador-usuário.

No que se refere à *Responsabilização* do cuidado, destaca-se a atuação dos profissionais de saúde e dos gestores no **Quadro 2**, que retrata a forma de organização dos profissionais da equipe no PSF, uma vez que deverão ser

agentes importantes no que se refere a esse dispositivo. Contraditoriamente, todos os gestores (12) foram escolhidos para ocupar esse cargo de forma indireta, assim como não há uma gestão colegiada no desenvolvimento de suas ações; 78,3% dos profissionais das ESF trabalham em equipe; 60% dos profissionais fazem planejamento participativo; 55% promovem a socialização das informações com reuniões periódicas; 33,3% fazem comunicação informal para tratar problemas técnicos e organizacionais relacionados às unidades e usuários. Apenas 3,3% desses profissionais participam do Conselho Local de Saúde (CLS).

FORMAS DE PARTICIPAÇÃO	GESTOR				TRABALHADOR			
	NÃO	%	SIM	%	NÃO	%	SIM	%
Gestão colegiada USF	11	91,7	1	8,3	60	100	0	0
Trabalho em equipe	4	33,3	8	66,7	13	21,7	47	78,3
Socialização das informações/reuniões periódicas	6	50	6	50	27	45	33	55
Planejamento participativo	4	33,3	8	66,7	24	40	36	60
Eleição direta para a escolha dos gerentes de cada unidade	10	83,3	2	16,7	60	100	0	0
Comunicação informal para tratar problemas técnicos e organizacionais relacionados às unidades e usuários	10	83	2	16,7	40	67,7	20	33,3
Participação do CLS na condução das atividades	11	91	1	8,3	58	96,7	2	3,3

Quadro 2. Formas de participação dos gestores e trabalhadores de saúde no PSF em relação à responsabilização para um serviço de qualidade em um município da Região Centro-Leste da Bahia, 2009

Em relação aos gestores, 66,7% afirmam ter trabalhado em equipe e com o planejamento participativo; seis deles promovem a socialização das informações em reuniões periódicas; 16,7% afirmam acontecer a eleição direta para escolha dos gerente e a comunicação informal para tratar problemas

técnicos e organizacionais relacionados às unidades e aos usuários; para 8,3% dos gestores ocorre a gestão colegiada e a participação do CLS.

Os dados do Quadro 2 permitem inferir-se que a pouca participação, tanto dos gestores como dos profissionais de saúde, no Conselho Local de Saúde, pode influenciar a baixa mobilização em busca de autonomia na gestão. Também pode fragilizar a adoção de uma política que defenda os princípios da universalidade, da acessibilidade, da coordenação do cuidado, do *vínculo* e continuidade, da integralidade, da humanização, da equidade e da participação social, como eixos orientadores no processo de vínculo e *responsabilização* do cuidado.

Desta forma, com base em Campos (1997) e Santos e Assis (2006), os serviços de saúde que pretendem, de fato, se responsabilizar pelos problemas da saúde da população precisam ter por base a ampliação do "coeficiente de autonomia". A prática em saúde introduz os aspectos singulares do indivíduo, da família e da comunidade na condução terapêutica, pelo compartilhamento de saberes entre trabalhador e usuário, como forma de garantir resultados mais eficientes no processo de cura e/ou no controle da morbimortalidade. A responsabilização diante dos desafios do processo saúde/doença é a soma dos demais agenciadores, a incorporação ao ato terapêutico da valorização do outro, a preocupação com o cuidado e o respeito com a visão de mundo de cada um; é, portanto, ser cúmplice das estratégias de promoção, prevenção, cura e reabilitação dos usuários.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo tornaram possível caracterizar a produção do cuidado na perspectiva do *vínculo* e da *responsabilização* no município em análise. É visível que as tecnologias leves são aplicadas de forma segmentada nas práticas de saúde de boa parte dos profissionais de saúde das equipes de saúde da família, já que apenas 21% dos usuários sentem-se ouvidos e considerados em seus problemas de saúde.

Pode-se então inferir que os usuários necessitam ser cuidados com base em um novo agir em saúde, bem como incentivados a exercerem sua autonomia e

responsabilidade diante de seu processo saúde-doença. Quanto às formas de participação dos gestores e profissionais de saúde das USF na responsabilização para um serviço de qualidade, os dados traduzem a inexistência de uma gestão colegiada, referida inclusive pelos profissionais de saúde, o que interfere de forma significativa na autonomia e resolubilidade dos problemas de saúde dos usuários.

Enfatiza-se que a produção qualificada do cuidado advém do agir em saúde, das tecnologias empregadas nas práticas dos gestores e dos trabalhadores de saúde e do significado ampliado da saúde direcionados aos usuários, já que estes precisam de estímulos e de educação em saúde para, então, se alcançar a co-responsabilização e "o coeficiente de autonomia" na produção do cuidado.

Desta forma, realizar este estudo representou a possibilidade de refletir sobre as relações que se estabelecem entre os segmentos usuários, gestores e trabalhadores, na perspectiva da busca do estabelecimento da continuidade e/ou longitudinalidade na atenção à saúde do indivíduo e família que poderá ser melhor construída mediante a existência do vínculo entre os sujeitos: usuários-profissionais de saúde-gestores.

Todavia, para a construção do vínculo entre os sujeitos envolvidos no processo do cuidado, torna-se necessário estabelecer laços interpessoais orientados para relações, que reflitam uma cooperação mútua entre gestores, profissionais de saúde e usuários do sistema durante a construção desse processo.

A eficácia na atenção prestada seria garantida com a maior familiarização entre profissionais de saúde e usuários. Assim, a capacidade de reconhecimento, pelos profissionais, das necessidades que cercam a vida dos usuários do sistema, possibilitaria a detecção de problemas e agravos à saúde, e o acompanhamento ao longo do tempo por um mesmo profissional contribuiria para a maior satisfação do usuário, em virtude de suas necessidades serem melhor compreendidas e resolvidas.

Sendo assim, o *vínculo* guarda uma estreita relação com a capacidade que o outro tem de usufruir da condição de sujeito ativo nas decisões acerca de sua vida. O estabelecimento do *vínculo* entre os profissionais de saúde e os usuários do sistema estimula o autocuidado e a autonomia da equipe, além de favorecer a participação dos usuários durante a prestação do serviço, contribuindo para o aumento da eficácia das ações de saúde.

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, A.L. Atenção primária e o processo de trabalho em saúde. **Informe-se em promoção da saúde**, (on-line), v. 3, n. 1, p. 1-3, 2007. Disponível em: <http:// www.uff.br/ promocaodasaude/informe>. Acesso em: 16 out. 2008.

ANDRADE, L.O.M. de; BARRETO, I.C. de H.C; BEZERRA, R.C. Atenção primária à saúde e Estratégia Saúde da Família. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, DF, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/96**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 1996.

CAMPOS, G.W. de S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E.E; ONOCKO, R. **Agir em saúde**: um desafio para o público. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 229-266.

CAMPOS, G.W. de S. Paidéia e modelo de atenção: um ensaio sobre a reformulação do modo de produzir saúde. **Olho Mágico***,* Londrina, v. 10, n. 2, p. 7-14, abr./jun. 2003.

CAMPOS, G.W. de S. **Saúde Paidéia**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2005.

CAMPOS, G.W. de S. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 783-836.

CANESQUI, A.M.; SPINELLI, M.A. dos S. A implementação do Programa Saúde da Família em municípios do Estado de Mato Grosso, Brasil. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 862-870, abr. 2008.

FRANCO, T.B.; BUENO, W.S.; MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim/MG. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, abr./jun. 1999.

FRANCO, T.B.; MAGALHÃES JR, H. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E.E. et al. **Trabalho em Saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 125-133.

MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS, UERJ, Abrasco, 2001. p. 39-64.

MERHY, E.E. **A saúde pública como política**. São Paulo: Hucitec, 1992.

MERHY, E.E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E.E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta de entrada para saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: CECILIO, L.C. de O.; MERHY, E.E.; CAMPOS, G.W. de S. **Inventando a mudança na saúde**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 117-160.

MERHY, E.E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde**: um desafio para o público. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

PEREIRA, A.T. da S. et al. A sustentabilidade econômico-financeira no PROESF em municípios do Amapá, Maranhão, Pará e Tocantins. **Ci. Saúde Col.**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 607-620, 2006.

ROSA, W. de A.G.; LABATE, R.C. Programa Saúde da Família: construção de um novo modelo assistência. **R. Lat.-Amer. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 1027-1034, nov./dez. 2005.

SANTOS, A.M.; ASSIS, M.M.A. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática da saúde bucal no Programa Saúde da Família de Alagoinhas - BA. **Ci. Saúde Col.**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 53-61, 2006.

SANTOS, A.M. et al. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 75-85, 2007.

SANTOS, A.M, et al. Vínculo e autonomia na prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família. **R. Saúde Públ.**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 464-470, jun. 2008.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2004.

VIANA, A.L.D'Á.; DAL POZ, M.R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis: R. Saúde Col.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 8, p. 11-48, 1998.

CAPÍTULO 7

FORMAÇÃO E CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA DE UM MUNICÍPIO DA REGIÃO SUDOESTE DA BAHIA

Ana Áurea Alécio de Oliveira Rodrigues; Maria Yaná Guimarães Silva Freitas; Natália Reis Pires; Marluce Maria Araújo Assis; David Félix Martins Júnior

INTRODUÇÃO

Um dos campos de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme consta na Lei nº 8.080 de 1990, em seu Art. 6º inciso III, é o da ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde. Para executar esta tarefa, preconiza a mesma lei, em seu Art. 7º, inciso XI, que se deve seguir o princípio da conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de atenção à saúde da população. Por isso, desde sua implantação, em 1990, há uma cobrança por parte de todos os envolvidos para o aperfeiçoamento das normas de ordenamento dos recursos humanos na saúde (BRASIL, 2006a).

A área de Recursos Humanos (RH), deste modo, constitui-se em uma temática estratégica na discussão e implementação das políticas de saúde. Os trabalhadores de saúde não devem ser considerados apenas como insumos ou recursos, mas sujeitos, com potencialidade de desenvolvimento crescente em busca da autonomia, habilidade de adesão a projetos e processo de transformação constante (CAMPOS, 1994; L'ABBATE, 1997; MATTOS, 1996), sem deixar de reconhecer que mudanças substanciais politicamente

viáveis tendem a se realizar pela ação conjunta de pessoas articuladas com movimentos sociais de sustentação (PAIM; NUNES, 1992).

A formação de profissionais de saúde, desde o início do século XX, tem sido orientada pelo modelo fragmentador e biologicista, médico-centrado, voltado a tratar as enfermidades por meio de procedimentos e com a intermediação crescente de tecnologias duras. No entanto, a partir da década de 1970, começa a ficar em evidência a inadequação desse modelo, conhecido como modelo flexneriano, fazendo surgir críticas às instituições educacionais que preparavam recursos humanos para atuar no campo da saúde (MENDES, 1996; SCHERER et al., 2009).

A substituição desse sistema pelo sistema universal, que busca modelos de atenção que valorizem a integralidade, o cuidado humanizado e a promoção da saúde depende do perfil de formação e da prática dos profissionais de saúde (GONÇALEZ, 2009).

Identifica-se, então, a necessidade de promover mudanças na formação profissional, para aproximá-la dos conceitos e princípios que possibilitem atenção integral e humanizada à população brasileira. Segundo Mendes (1996), a superação da crise estrutural sanitária exige mudança substantiva no modelo médico, o que implica em um novo sistema, mudanças políticas, culturais e cognitivo-tecnológicas. A estrutura e o funcionamento da formação profissional e das práticas em saúde devem estar articulados com o interesse do usuário, de forma a contribuir para sua autonomia e gerência da própria vida. A educação na área de saúde deve estar vinculada à integralidade, tanto no campo da atenção quanto na gestão de sistemas e serviços. A ação integral amplia a dimensão cuidadora dos profissionais, tornando-os responsáveis pelos resultados das práticas de atenção.

Na tentativa de fortalecer a descentralização da gestão setorial e alcançar a integralidade da atenção à saúde, o Ministério da Saúde (MS), em 13 de fevereiro de 2004, instituiu, pela Portaria nº 198 (BRASIL, 2004), a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). A elaboração da política considera o ordenamento da formação de RH para a área de saúde, bem como seu desenvolvimento científico e tecnológico; a articulação da gestão, atenção e participação popular com a formação profissional como meio de qualificação das práticas e educação em saúde; e a educação permanente como conceito pedagógico, vinculando ensino, ações de serviço, docência e a atenção à saúde.

Para Durão et al. (2007, p. 13):

> [...] a política de EPS busca retomar o sentido ético-político da Reforma Sanitária. No entanto, por tratar-se de uma política ainda em construção, inserida numa conjuntura desfavorável à ampliação dos direitos sociais, seus rumos ainda estão por definir-se.

Dentre os elementos analisadores para pensar/providenciar a Educação Permanente em Saúde, destacam-se os componentes do Quadrilátero da Formação (CECCIM; FEUERWERKER, 2004; CECCIM, 2005): análise da educação dos profissionais de saúde; análise das práticas de atenção à saúde; análise da gestão setorial; e análise da organização social.

A partir do **Diagrama 1**, que representa o modelo teórico adotado na análise dos dados, pode-se inferir que a educação permanente é uma possibilidade de mudança na formação profissional. A EPS está relacionada de forma horizontal com uma educação transformadora para reorientar as práticas dos profissionais de saúde e promover qualidade técnica, eficácia e efetividade.

A educação dos profissionais busca mudar a concepção hegemônica tradicional e a concepção lógico-racionalista, elitista e concentradora da produção de conhecimento. As práticas de atenção à saúde visam integralidade e inclusão da participação dos usuários no projeto terapêutico como nova prática de saúde. A gestão setorial procura modos criativos e originais de organizar a rede de serviços, segundo a acessibilidade e satisfação dos usuários. E, por fim, a organização social intenta o efetivo contato e permeabilidade às redes sociais que tornam os atos de saúde mais humanos e de promoção da cidadania (CECCIM; FEUERWERKER, 2004; CECCIM, 2005).

Segundo Starfield (2004), a pesquisa relacionada à formação em atenção primária refere-se às características e ao impacto do processo para formar os profissionais de Atenção Primária em Saúde (APS) e manter sua competência na clínica.

O objetivo deste capítulo é apresentar o perfil socioprofissional dos gestores e trabalhadores do Programa Saúde da Família, como também os resultados obtidos em um município da Região Sudoeste da Bahia, referente à formação e capacitação profissional dos sujeitos que atuam no PSF e que imprimem no cotidiano da produção do cuidado uma determinada prática de saúde, seja individual ou coletiva.

EDUCAÇÃO TRANSFORMADORA

EPS

EDUCAÇÃO DOS PROFISSINAIS DE SAÚDE

PRÁTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE

GESTÃO SETORIAL

ORGANIZAÇÃO SOCIAL

FORMAÇÃO PROFISSIONAL PARA O SUS

REORIENTAÇÃO DAS PRÁTICAS DE SAÚDE

QUALIDADE TÉCNICA

EFETIVIDADE

EFICÁCIA

SAÚDE INTEGRAL

HUMANIZAÇÃO

QUALIDADE DE VIDA

Diagrama 1. Representação do modelo teórico adotado na análise de dados

1 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo de corte transversal. O universo constituiu-se de 264 trabalhadores das equipes de saúde da família e saúde bucal do município (BRASIL, 2009).

O tamanho da amostra foi definido com base numa amostragem aleatória simples sem reposição, considerando a proporção de trabalhadores do município, admitindo-se um erro máximo de 1% entre a proporção encontrada na amostra e a verdadeira proporção populacional, e nível de significância

de 5%. O valor encontrado foi distribuído proporcionalmente entre as categorias funcionais. Com os ajustes necessários, o tamanho final da amostra para o referido município foi de 71 trabalhadores.

Os participantes do estudo foram organizados em 2 grupos: Grupo I trabalhadores de saúde (médico, enfermeiro, odontólogo, auxiliar de saúde bucal, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde) que atuam no PSF.

Para o Grupo II, constituído por dirigentes da Atenção Básica e/ou PSF (Secretária Municipal de Saúde, Coordenador da Atenção Básica e Supervisor de Unidades de Saúde da Família), adotou-se a representação de todos os sujeitos, totalizando três gestores.

Os instrumentos para a coleta de dados foram elaborados com base nos indicadores componentes do *Primary Care Assessment Tool* (PACT) ou Ferramenta de Avaliação do Cuidado Primário (OPAS, 2006).

A coleta de dados foi realizada por coletadores selecionados e treinados, e os dados foram consolidados em um banco de dados montado no programa Epidata. Em seguida, os dados foram analisados, resultando nas frequências absolutas e relativas das variáveis relacionadas a informações socioprofissionais, formação profissional e capacitação profissional.

Na construção de gráficos para melhor compreensão e análise das variáveis à luz da fundamentação teórica, foi utilizado o programa Excel, realizando-se, em seguida, a discussão dos resultados encontrados.

2 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No município em análise, o tempo de experiência profissional dos gestores variou de dois meses a oito anos. A graduação de dois deles é em Enfermagem e o outro é formado em Odontologia.

Entre os trabalhadores de saúde, o sexo feminino predomina, com 88,6% (62) trabalhadores, dados compatíveis com os resultados dos estudos mais recentes em avaliação dos profissionais atuantes nas equipes de saúde da família, mostrando uma tendência à feminilização das profissões (GIL, 2009).

Observou-se uma ampla variação na faixa etária. Dentre os 71 trabalhadores, uma minoria encontra-se na faixa menor que 20 anos ou maior que 60 anos, um para cada variável, respectivamente. A maioria dos trabalhadores enquadra-se nas faixas etárias intermediárias, com 42,3% (30) dos trabalhadores entre 31 e 40 anos e 26,8% (19) entre 41 e 50 anos.

A faixa etária dos gestores é, em sua maioria, menor que 30 anos. Entre os trabalhadores, 42,3% estão na faixa de 1 a 40 anos e 26,8% entre 41 e 50 anos. Os dados encontrados divergem do estudo de Escorel (2002), no qual se encontrou uma predominância de profissionais das equipes com idade jovem (abaixo de 30 anos) na maioria dos municípios estudados.

Todos os profissionais, tanto gestores quanto equipe de saúde, residem no próprio município. Em relação ao local de trabalho, 26,0% (18) dos profissionais possuem vínculo com outras instituições além do PSF.

O **Gráfico 1** mostra que a variação da composição profissional das equipes das USF é ampla, com maioria dos trabalhadores, 39,7% (25), constituída de ACS.

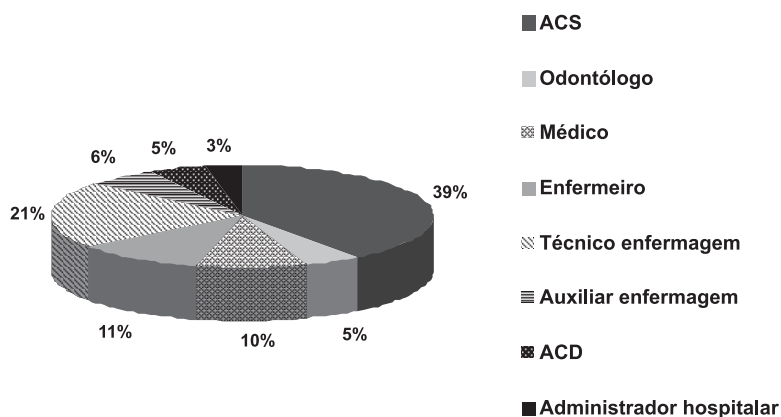



Gráfico 1. Formação profissional da equipe de saúde do PSF de um município da Região Sudoeste da Bahia, 2009

O ano de conclusão dos cursos de formação dos trabalhadores de saúde de nível superior e médio variou de 1971 a 2008; 69,2% destes terminaram antes de 2004. O tempo de formação dos sujeitos envolvidos no processo de

trabalho mostra a necessidade de políticas de educação permanente que possibilitem atualização das práticas no cuidado em saúde. De acordo com as informações contidas nos formulários, a renda salarial dos gestores varia em três níveis: de 2 a 3 salários mínimos, de 3 a 5 e de 5 a 10. A carga horária de um dos gestores, o que tem maior salário, é flexível, e os outros dois têm regime de dedicação exclusiva. O que demonstra a diversidade de proventos, como também de atribuições na hierarquia administrativa. Entre os trabalhadores de saúde, a maioria recebe até 1 salário mínimo (29,6%) ou entre 1 e 2 salários (36,6%). Apenas uma minoria ganha entre 10 e 20 salários ou mais de 20 salários, 1,4% (1) cada (**Gráfico 2**).

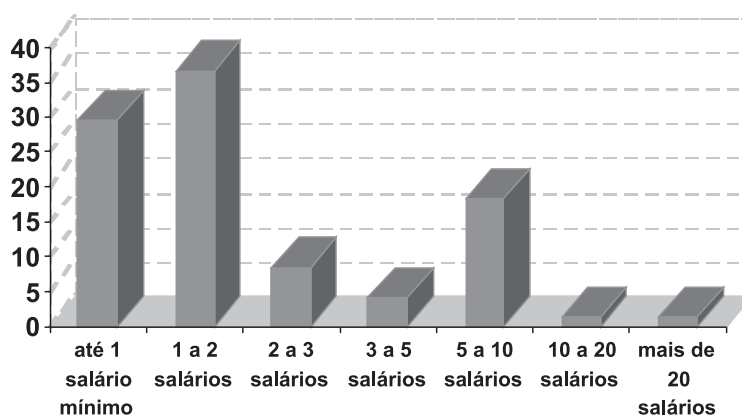



Gráfico 2. Salário recebido pelos trabalhadores do PSF de um município da Região Sudoeste da Bahia, 2009

De acordo com Camargo Júnior et al. (2009), algumas dificuldades importantes são comuns a vários municípios, como o financiamento dos recursos humanos, já que um número expressivo de municípios opera no limite da lei de responsabilidade fiscal, no que diz respeito à fração do orçamento dedicada ao pagamento de pessoal.

O Regime Jurídico Único (RJU) é a modalidade de contrato que prevalece entre os trabalhadores de saúde, 55,7% (39). Já o cargo em comissão detém 20% (14) dos trabalhadores e 100% dos gestores. Não há profissionais trabalhando sob a forma sem contrato, cooperado ou prestação de serviços.

Em relação à modalidade de contrato, pode-se notar algum grau de precarização (cargo em comissão, contrato por tempo determinado) dos contratos dos profissionais de saúde.

Com relação à forma de admissão do trabalhador de saúde do PSF, 45,7% (32) foram admitidos sob a forma de concurso público. Dentre os admitidos por seleção pública, 59,5% (22) realizaram prova escrita, 62,2% (23) entrevista e 8,3% (3) por currículo, conforme pode ser visto no **Gráfico 3**. Apenas 1,4% (1) dos profissionais foram transferidos de outros programas de saúde ou outras áreas.

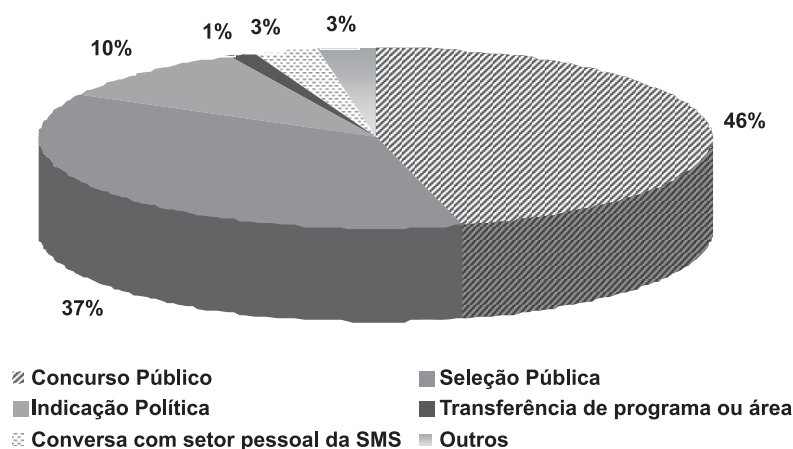



Gráfico 3. Forma de admissão do trabalhador de saúde no PSF de um município da Região Sudoeste da Bahia, 2009

Em avaliação de tendências em RH, a Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde, da Organização Pan-Americana da Saúde, destaca o entendimento dos profissionais de que formas diretas de vinculação trabalhista devem ser priorizadas (NOGUEIRA, 2002). A falta de garantias trabalhistas prejudica o vínculo do profissional com o serviço e, consequentemente, com o atendimento à população.

O vínculo de trabalho sem garantias trabalhistas também foi encontrado como forma predominante (42%) nos PSF de municípios do nordeste, avaliados no período de março a agosto de 2005 (TOMASI et al., 2009). Além disso, tal estudo revelou que "[...] o trabalho precário foi ampliado a

partir da expansão do PSF, de forma mais acentuada no Nordeste, onde a estratégia foi adotada mais precocemente e de maneira mais intensa" (TOMASI et al., 2009, p. S198).

Com relação à carga horária semanal, em oposição ao regime dos gestores, não há trabalhadores de saúde sob dedicação exclusiva. A maioria, 97,1% (68) trabalha 40 horas semanais no PSF. Uma minoria trabalha 20 horas por semana e 32 horas por semana 1,4% (1) cada.

A carga horária observada está condizente com o preconizado pelo programa. Os trabalhadores mantêm uma média de 40 horas semanais, resultado semelhante ao encontrado por Tomasi et al. (2009), no qual dois terços dos trabalhadores do PSF atuam no mesmo regime. Para os gestores, a dedicação exclusiva foi predominante.

2.1 FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Todos os gestores têm nível superior. No que tange aos cursos de pós-graduação, um não tem nenhuma outra titulação, um tem curso de especialização em Saúde Coletiva e atualizações em outras áreas da saúde e um tem especialização em outras áreas da saúde. Vale salientar que o gestor com maior tempo de formado tem carga horária flexível, nenhum curso de pós-graduação e dois meses de experiência na prática de gestão; o que tem oito anos de experiência na gestão tem Dedicação Exclusiva (DE) e dois cursos de pós-graduação.

Entre os trabalhadores de saúde, cinco possuem especialização em Saúde Pública, seis profissionais têm especialização em outras áreas de saúde, e um tem mestrado em outras áreas de saúde.

Segundo Machado et al. (2007), o princípio da integralidade permite conceber-se que todos os profissionais que trabalham com o ser humano devem aprimorar uma visão holístico-ecológica, seja na produção do conhecimento ou na prestação de serviços, de modo a resgatar a importância da participação nos contextos em que se constrói a vida, bem como nos ambientes em que ocorrem os movimentos de aprender e ensinar a tecer a vida.

A criação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) tenta desatar esse "nó crítico". Para as DCN, os profissionais teriam que ser capazes de

aprender continuamente, tanto em sua formação, quanto em sua prática. Também deveriam aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com sua educação e a das futuras gerações de trabalhadores, proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre aqueles em formação e os profissionais dos serviços. Além disso, precisariam estimular e desenvolver a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação por meio de redes nacionais e internacionais (CECCIM, 2008).

2.2 CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL

Um gestor e quatro trabalhadores de saúde realizaram atualização em Saúde Pública/Epidemiologia/Saúde Coletiva. A mesma proporção foi encontrada para atualização em outras áreas de saúde. O treinamento introdutório e a atualização em gestão de saúde não tiveram aderência dos gestores, mas contaram com onze (50%) e três (13,6%) trabalhadores de saúde, respectivamente, conforme o **Gráfico 4**, que expõe as formas de capacitação profissional dos trabalhadores de saúde que atuam no PSF.

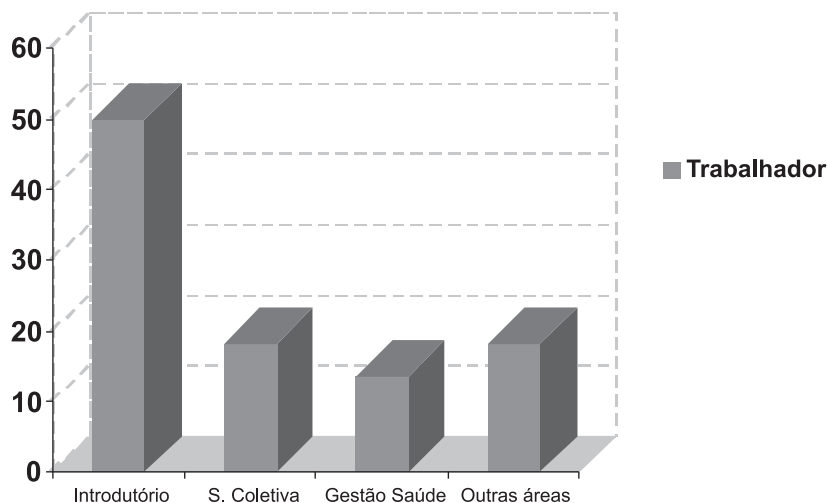



Gráfico 4. Capacitação Profissional dos trabalhadores de saúde com nível superior no PSF de um município da Região Sudoeste da Bahia, 2009

A capacitação da gestão da saúde no município sinalizou um quadro desfavorável. Nenhum gestor realizou treinamento introdutório ou atualização em gestão da saúde. Entretanto, dentre as capacitações realizadas, a motivação foi a necessidade da população, do trabalhador, ou da gestão. Houve concordância de que as capacitações provocam mudanças e fortalecem a prática profissional. Esses resultados seguem na contramão dos dados mais recentes divulgados sobre a implantação dos PSFs no Nordeste (ROCHA et al., 2009).

As dificuldades elencadas pelos gestores no processo de formação e capacitação dos trabalhadores foram: falta de tempo disponível pela equipe para a participação nos cursos ofertados; falta de estrutura física para acomodar os trabalhadores das equipes de saúde; falta de verbas para capacitação de Recursos Humanos (RH) além do entrave provocado pela burocracia do sistema de saúde.

Entre os trabalhadores de saúde de nível médio, a participação no curso introdutório atingiu um percentual de 82,1%, índice abaixo do estabelecido pela Política Nacional de Atenção Básica. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2007), toda a equipe deve participar do treinamento introdutório e de forma paralela ao trabalho no PSF. Outra necessidade para as capacitações é que os critérios estabelecidos para sua realização sejam priorizados, tendo como base os problemas diários do trabalho referentes à atenção à saúde e a organização do trabalho (BRASIL, 2006b).

Desde 2006, de acordo com o Relatório de Gestão Municipal (JEQUIÉ, 2009), o curso Introdutório não é oferecido às equipes, o que pode explicar o quadro encontrado no município.

Os cursos de atualização em áreas ou grupos específicos, bem como o treinamento em procedimento alcançaram, de forma unânime, a média acima de 50%.

De acordo com a pesquisa avaliativa Estudos de Linha de Base, desenvolvida em 21 municípios com mais de 100 mil habitantes em três estados do Nordeste do Brasil, revelou-se elevada a qualidade técnica tanto de gestores (capacitação avançada) quanto das equipes (treinamentos introdutórios, especializações e residências), além de investimentos consideráveis na área de formação (ROCHA et al., 2009).

Ao propor a educação na saúde como política de governo, o gestor federal do SUS alterou a prioridade no setor e incluiu novos parceiros, anunciando o cumprimento de compromissos até então postergados pelas áreas e setores de RH da saúde. Colocar a EPS como uma das prioridades para o SUS pôs em nova evidência o trabalho da saúde, um trabalho que requer: trabalhadores que aprendam a aprender; práticas cuidadoras; intensa permeabilidade ao controle social; compromissos de gestão com a integralidade; desenvolvimento de si, dos coletivos, institucional e político da saúde; além da implicação com as práticas concretas de cuidado às pessoas e às coletividades, no ensino e na produção de conhecimento (CECCIM, 2005).

Dos trabalhadores de saúde de nível médio 82,1% (46) participaram do treinamento introdutório; dentre os cursos de atualização em áreas específicas, 64,9% (37) participaram da atualização em Tuberculose; 57,9% (33) em Hanseníase; 59,6% (34) Dengue; 59,6% (34) DST/AIDS; 43,9% (25) de outra atualização em áreas específicas. Em relação aos treinamentos para atendimento a grupos específicos, 35,1% (20) dos trabalhadores participaram do treinamento para atendimento à criança; 24,6% (14), a adolescentes; 31,6% (18), a mulheres; 28,1% (16), a adultos; 43,9% (25), a idosos e 3,5% (2) atendimento a outros grupos específicos.

No que diz respeito a treinamentos sobre procedimentos, 61,4% (35) participaram do treinamento de vacinação; 26,3% (15), em rede de frio; 17,5% (10), em esterilização; 24,6% (14), em curativos; 33,3% (19), em visitas domiciliares; e 15,8% (09), em treinamentos de outros procedimentos.

Os critérios de capacitação das equipes, segundo os trabalhadores, são mostrados no **Gráfico 5**.

A necessidade da população e a necessidade de gestão foram apontadas por um gestor, cada uma como critérios de capacitação, enquanto dois gestores definiram a necessidade do trabalhador. Para 36,8% (25) dos trabalhadores de saúde, a necessidade dos trabalhadores é o critério de capacitação. Quatro trabalhadores afirmaram que não há critérios para capacitação.

Portanto, há necessidade de descentralizar e disseminar capacidade pedagógica por dentro do setor, isto é, entre seus trabalhadores; entre os gestores de ações, serviços e sistemas de saúde; entre trabalhadores e gestores com os formadores; e entre trabalhadores, gestores e formadores com o controle social

em saúde. Esta ação permitiria constituir-se o SUS verdadeiramente como uma rede-escola (CECCIM, 2005).

40
35
30
25
20
15
10
5
0
Trabalhador
Necessidade da população
Necessidade dos trabalhadores
Escolha focalizada
Não há critérios
Oferta das instâncias gestoras
Necessidade de gestão
Outros

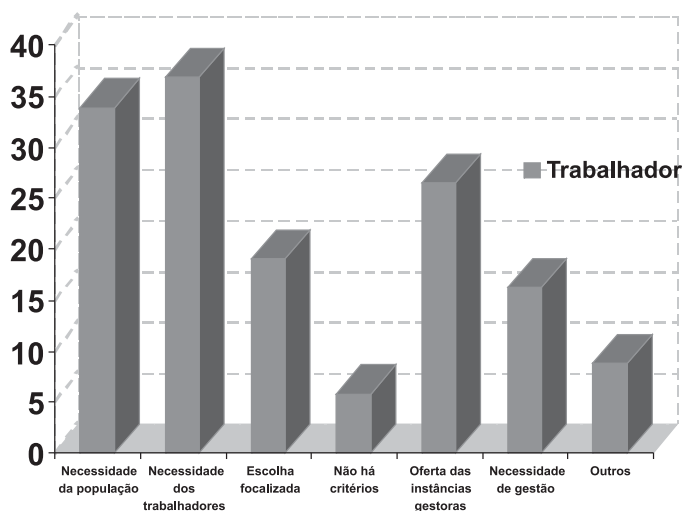



Gráfico 5. Critérios estabelecidos para as capacitações das equipes no PSF de um município da Região Sudoeste da Bahia, 2009

Para 66,7% (2) dos gestores, as capacitações promovem mudanças, e apenas 33,3% (1) acha que as capacitações não trouxeram transformações nas práticas. Entre os trabalhadores, 58% (40) afirmam que as capacitações valorizam a participação usuário-família e 72,5% (50) acham que fortalecem as práticas de saúde.

Entretanto, segundo pareceres técnicos dos projetos de EPS DEGES/SGTES/MS divulgados no IV Simpósio Trabalho e Educação, realizado em 2007, que analisou as ações de EPS segundo área no Brasil, em 2006, verificou-se um forte peso das ações relacionadas a APS, voltadas especialmente ao fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família, que se soma à formulação da Política de Educação Permanente. Em contrapartida, poucas ações envolviam o controle social, aspecto valorizado nos documentos que fundamentam a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). (DURÃO et al., 2007).

Além disso, ainda segundo o relatório supracitado, a maioria das ações constitui-se em cursos predominantemente de curta duração (carga horária

até 60 horas) e eventos educativos esporádicos (oficinas, seminários, vivências, fóruns). Portanto, tais ações não contribuem para o progresso dos objetivos principais anunciados pela Política de Educação Permanente, a articulação dos diversos programas já em andamento e a superação de seu caráter fragmentado.

CONCLUSÃO

Diante dos resultados encontrados, percebe-se que há um progresso na formação de RH para o SUS, embora o objetivo da educação permanente e seus benefícios estejam distantes de ser alcançados.

Há entraves em questões importantes, como forma de admissão, contrato trabalhista e remuneração dos profissionais de saúde. Além disso, um percentual dos profissionais e gestores do município não se enquadra nos processos de capacitação almejados para o PSF e desconhecem ou subestimam sua real importância. Deste modo, o progresso do programa e a consolidação da educação permanente como política avançam timidamente e carecem de maior amplitude da gestão.

Sugerem-se, portanto, alguns direcionamentos à dimensão político-institucional, almejando a expansão e consolidação do PSF: correlação entre o financiamento e os recursos aplicados na atenção básica; processo de trabalho diversificado, levando em conta risco social diferenciado; estímulo à promoção da saúde; experiências inovadoras de gestão e cuidado; perfis de equipe compatíveis com conceitos ampliados de saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a política nacional de educação permanente em saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório de Gestão 2006**. Brasília, DF, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **DATASUS**. Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br/ datasus/ index.php?area=0203&id=11676>. Acesso em: 2 dez. 2009.

CAMARGO JR., K.R. de et al. Avaliação da atenção básica pela ótica político--institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/ scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2008001300011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 nov. 2009.

CAMPOS, G.W.S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L.O. **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 29-87.

CECCIM, R.B. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ci. Saúde Col.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 975-986, 2005.

CECCIM, R.B. A emergência da educação e ensino da saúde: interseções e intersetorialidades. **Rev. Ci. Saúde**, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 9-23, jan./jun. 2008.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Rev. Saúde Col.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

DURÃO, A.V.R. et al. **A política de educação permanente em saúde**: uma análise a partir dos projetos aprovados pelo Ministério da Saúde. Trabalho apresentado ao 4º. Simpósio Trabalho e Educação, Belo Horizonte, ago. 2007.

ESCOREL, S. **Avaliação da implementação do Programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos**. Brasília: Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde, 2002. (Relatório final).

GIL, C.R.R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, apr. 2005. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000200015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 nov. 2009.

GONZÁLEZ, A.D.G. **Integralidade da saúde – norteando mudanças na graduação dos novos profissionais. Rev. Ci. Saúde Col.**, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <http://www. abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=665<http://www.sidra.ibge.gov.br/>. Acesso em: 3 nov. 2009.

JEQUIÉ. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão 2008**. Jequié, 2009.

L'ABBATE, S. Comunicação e educação: uma prática de saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997. p. 267-292.

MACHADO, M.F.A.S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ci. Saúde Col.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-342, mar./abr. 2007.

MATTOS, M.L. **Recursos humanos e o novo trabalhador em saúde**: a experiência da Secretaria Municipal de Saúde na cidade de São Paulo durante a gestão do partido dos trabalhadores (1989-1992). 1996. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas, 1996.

MENDES, E.V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

NOGUEIRA, R.P. (Coord.). **Avaliação de tendências e prioridades sobre recursos humanos em saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002. (Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde).

OPAS – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde**. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do SUS em nível local. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

PAIM, J.S.; NUNES, T.C.M. Contribuições para um programa de educação continuada em Saúde Coletiva. **Cad. Saúde Públ.**, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 262-269, 1992.

ROCHA, P.M. et al. Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. **Cad. Saúde Públ**. (on line), Rio de Janeiro, 2009 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2008001300012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 2 nov. 2009.

SCHERER, M.D.A. et al. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. **Interface**, Botucatu, v. 9, n. 16, fev. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832005000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 dez. 2009.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2004.

TOMASI, E. et al. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 2009 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300023&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 nov. 2009.

COLABORADORES

Adriano Maia dos Santos – Docente da Universidade Federal da Bahia (UFBA)– Campus Anísio Teixeira. Instituto Multidisciplinar em Saúde – Vitória da Conquista (BA).

Ana Áurea Alécio de Oliveira Rodrigues – Docente da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS).

Carolina de Camargo Teixeira Gonçalves – Discente do Curso de Enfermagem da UEFS.

Clávdia Nicolaevna Kochergin – Docente da UFBA – Campus Anísio Teixeira. Instituto Multidisciplinar em Saúde. Vitória da Conquista (BA).

David Félix Martins Júnior – Docente da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS).

Daniela Arruda Soares – Docente da UFBA – Campus Anísio Teixeira. Instituto Multidisciplinar em Saúde. Vitória da Conquista (BA).

Diego Lima Levi – Discente do Curso de Enfermagem da UEFS.

Erenilde Marques Cerqueira – Docente da UEFS.

Josenildo de Sousa Alves – Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UEFS.

José Patricio Bispo Júnior – Docente da UFBA – Campus Anísio Teixeira. Instituto Multidisciplinar em Saúde. Vitória da Conquista (BA).

Juliana Alves Leite Leal – Docente da UEFS.

Iva Karla Silva da Nóbrega – Discente do Curso de Enfermagem da UFBA – Campus Anísio Teixeira. Instituto Multidisciplinar em Saúde. Vitória da Conquista (BA).

Laisa Mirella Marinho de Andrade – Discente do Curso de Enfermagem da UEFS.

Maria Yaná Guimarães Silva Freitas – Docente da UEFS.

Maria José Bistafa Pereira – Docente da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP).

Midiane de Oliveira Rodrigues – Discente do Curso de Enfermagem da UEFS.

Natália Reis Pires – Discente do Curso de Medicina da UEFS.

Patrícia Regina de Souza Carneiro – Discente do Curso de Farmácia da UEFS.

Rita de Cássia Rocha Moreira – Docente da UEFS.

Sandra Carla Maia Carneiro – Discente do Curso de Enfermagem da UEFS.

Sandra Rego de Jesus – Docente da UFBA – Campus Anísio Teixeira. Instituto Multidisciplinar em Saúde. Vitória da Conquista (BA).

Silvânia Sales Oliveira – Programa Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UEFS.

Wilza Carla Mota Brito Lima – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UEFS.

ORGANIZADORES

Marluce Maria Araújo Assis
Enfermeira, mestre em Enfermagem de Saúde Pública e doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (1999). Líder do Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC). Atualmente é professora. Titular da Universidade Estadual de Feira de Santana e Pró-Reitora de Pesquisa e Pós-Graduação. Atua na área de Saúde Coletiva e de Enfermagem, nos seguintes temas: políticas de saúde, atenção básica à saúde, programa saúde da família, produção do cuidado e práticas de saúde, descentralização da saúde, planejamento e gestão em saúde e avaliação de serviços de saúde. Pesquisadora nível 2 do CNPq.

Maria Angela Alves do Nascimento
Enfermeira, mestre em Enfermagem na área de Saúde Comunitária pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (1983). Doutora em Enfermagem, pela Universidade de São Paulo (1997). Vice-líder do NUPISC. Atualmente é professora titular da Universidade Estadual de Feira de Santana. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Vigilância da Saúde, atuando principalmente nos seguintes temas: enfermagem, programa de saúde da família, saúde coletiva, saúde da família e Sistema Único de Saúde.

Túlio Batista Franco
Psicólogo, mestre em Saúde Coletiva pela UNICAMP (1999) e doutor em Saúde Coletiva pela UNICAMP (2003). Professor adjunto da Universidade Federal Fluminense. Coordenador do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Filiado à Association Latine pour Analyse des Systèmes de Santé (ALASS) com sede em Barcelona, Espanha. Professor Colaborador do Programa de Pós-graduação em Clínica Médica da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), na linha de pesquisa Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde.

Maria Salete Bessa Jorge
Enfermeira, mestre em Enfermagem Psiquiátrica pela USP (1992). Doutora em Enfermagem pela USP (1997). Professora Titular da Universidade Estadual do Ceará. Tem experiência na área de Enfermagem e de Saúde Coletiva, e Saúde Mental, atuando principalmente nos seguintes temas: saúde mental, enfermagem, mulheres, representações sociais e enfermagem psiquiátrica, avaliação de serviços, produção do cuidado. Coordenadora do Mestrado de Saúde Pública e do Doutorado de Saúde Coletiva com Associação de IES (UECE-UFC). Pesquisadora 1C do CNPq.

APÊNDICES

APÊNDICE A – FORMULÁRIO – DIRIGENTES DO SUS

INSTRUÇÕES

Estimamos que este formulário requer entre 30 e 40 minutos para ser preenchido. Por favor responda às perguntas da maneira mais completa possível. Tente responder às perguntas baseando-se em dados, relatórios, outros documentos ou informações disponíveis. Caso não tenha informação sobre alguma questão, nos diga a sua própria opinião, baseada na sua experiência como gestor neste município. O formulário será preenchido mais fácil e rapidamente se os informantes tiverem a mão os dados relevantes sobre o PSF, antes de começar a entrevista. Nas perguntas que pedem informações sobre serviços específicos, solicitamos que considere o período dos últimos 6 meses. Agradecemos a participação.

Este formulário tomou como base um questionário formulado por: Barbara Starfield, MD, MPH, FRCGP & James Macinko, PhD, Dep. of Health Policy &Management, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore, MD USA. Foi adaptado e validado por James Macinko (New York University) e Célia Almeida (ENSP/FIOCRUZ) para a Atenção Básica à Saúde no Brasil.

Esta versão foi reformulada por Assis, MMA et al (2009) com extinção das escalas de avaliação, reformulação de questões relacionadas ao PSF e incorporação de algumas questões qualitativas.

Número do Formulário: ________________
Código do arquivo: ________________
Responsável pela coleta de dados: ___________________________
Nome da Unidade Saúde da Família: ___________________________
Nome do Bairro: ____
Data da coleta de dados: ____/____/_____
Início: _______________________ Término: _____________________
Data da digitação: ________________
Dados digitados por: ____

PARTE A - CARACTERÍSTICAS DO INFORMANTE/GESTOR			
1.	Formação Profissional ______________________________		
2.	Tempo de experiência profissional (ano/meses) ____________		
3.	Sexo	Feminino	1( )
		Masculino	2( )
4.	Faixa etária	De 21 a 30 anos	1( )
		De 31 a 40 anos	2( )
		De 41 a 50 anos	3( )
		De 51 a 60 anos	4( )
		Mais de 60 anos	5( )
5.	Local de residência	No município	1 ( )
		Fora do município, viajo diariamente	2 ( )
		Fora do município, mas durmo 1 a 2 vezes na semana no município	3 ( )
		Outro: (Especificar:_______________)	4 ( )
6.	Salário recebido nas USF	Até 1 salário mínimo	1 ( )
		De 2 a 3 salários mínimos	2 ( )
		De 3 a 5 salários mínimos	3 ( )
		De 5 a 10 salários mínimos	4 ( )
		De 10 a 20 salários mínimos	5 ( )
		Mais de 20 salários mínimos	6 ( )
		Não quis informar	7 ( )
7.	Vínculo Empregatício/ Modalidade de contrato de trabalho do gestor	Regime Jurídico Único (RJU)	1 ( )
		CLT	2 ( )
		Contrato por tempo determinado	3 ( )
		Cargo em comissão	4 ( )
		Sem contrato	5 ( )
		Cooperado	6 ( )
		Prestação de serviço	7 ( )
		Outra (___________________)	8 ( )
8.	Carga horária de trabalho:	Dedicação exclusiva	1 ( )
		20 horas semanais	2 ( )
		40 horas semanais	3 ( )
		32 horas semanais (1 folga na semana)	4 ( )
		Menos de 32 horas	5 ( )
		Outros (___________________)	6 ( )

PARTE B - FORMAÇÃO E CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL NA ÁREA DE SAÚDE			
Política de gestão do Trabalho e Educação Permanente			
9.	Nível superior	Treinamento introdutório	1 ( )
		Atualização/aperfeiçoamento (menos 360h) em Saúde Pública/Epidemiologia ou Saúde Coletiva	2 ( )
		Atualização/aperfeiçoamento (menos de 360h) em Gestão em Saúde	3 ( )
		Atualização/aperfeiçoamento (menos de 360h) em outras áreas de saúde	5 ( )
		Especialização/residência (igual ou mais que 360h) em Saúde Pública/Epidemiologia ou Saúde Coletiva	6 ( )
		Especialização/residência (igual ou maior que 360h) em outras áreas de saúde	7 ( )
		Mestrado em Saúde Pública (ou epidemiologia ou saúde coletiva)	8 ( )

		Mestrado em Gestão em Saúde	9 ( )
		Mestrado em outras áreas de saúde	10( )
		Doutorado em Saúde Pública (Epidemiologia ou Saúde Coletiva)	11(
		Doutorado em Gestão em Saúde	12( )
		Doutorado em outras áreas da saúde	13( )
		Nenhum curso	14( )
		Outro (s) (______________________)	15( )
8.1	Último curso/treinamento realizado:		
8.1.1	Assunto		
8.1.2	Ano		
8.1.3	Instituição		
8.1.4	Carga Horária		
9.	Critérios estabelecidos para capacitação das ESF´s	Necessidade de saúde da população usuária da USF	1 ( )
		Necessidade dos trabalhadores de saúde	2 ( )
		Escolha focalizada em determinadas categorias profissionais	3 ( )
		Não há critérios	4 ( )
		É sempre uma oferta das instâncias gestoras (federal/estadual/municipal)	5 ( )
		Necessidade da gestão do sistema e do cuidado	6 ( )
		Outro(s)__________________	7( )
10.	Em relação a essas capacitações	Vêm provocando mudanças	1 ( )
		Apresentam uma articulação teórico-prático	2 ( )
		Fortalece a prática para o trabalho em equipe	3 ( )
		Valoriza a participação do usuário/família enquanto sujeito do processo saúde-doença	4 ( )
		Amplia o conceito de saúde	5 ( )
		Possibilita maior interação entre o trabalhador e o usuário	6 ( )
		Ajuda no reconhecimento das necessidades de saúde demandadas na área de atuação	7 ( )
		Facilita a articulação interinstitucional	8 ( )
		Possibilita maior resolubilidade nas ações	9( )
		Não trouxeram transformações nas práticas	10( )
		Adotam uma pedagogia problematizadora	11( )
		Valorização das ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e danos	12( )
		Focalizada não apenas no indivíduo, mas na família.	13( )

		Contribui com mudanças nas práticas de gestão dos trabalhadores tanto na dimensão técnica, quanto na ética, política, comunicacional e interrelação pessoais, profissionais e com os usuários.	14( )
		Outro(s) (______________________)	15( )
11.	Dificuldades encontradas na formação e capacitação dos trabalhadores da USF por ordem de prioridade		
12.	Facilidades encontradas na formação e capacitação dos trabalhadores da USF por ordem de prioridade		

PARTE C - PORTA DE ENTRADA X ACESSO			
13.	Quais os dias de funcionamento da USF?	De 2ªs às 6ªs feiras	1 ( )
		Apenas 4 dias na semana	2 ( )
		Apenas 3 dias na semana	3 ( )
		Apenas 2 dias na semana	4 ( )
		Não sabe informar	5 ( )
		Outro (______________________)	6 ( )
14.	A USF funciona nos seguintes horários?	7:30 às 11:30 e das 13h às 17h	1 ( )
		7:30 às 12:00 e das 14h às 16h	2 ( )
		8h às 17h	3 ( )
		8h às 12h e das 14h às 17h	4 ( )
		8h às 16h, sem intervalo para o almoço	5 ( )
		Não sabe informar	6 ( )
		Outro (______________________)	7( )
15.	As unidades de Saúde da Família exigem algum pagamento dos usuários na hora do atendimento?	Sim	1 ( )
		Não	2 ( )
16.	Assinale as dificuldades encontradas no acesso às USF	Os medicamentos essenciais não foram distribuídos para as unidades nos últimos 6 meses	1 ( )
		Dificuldade na marcação de consultas e exames	2 ( )
		Horários não convenientes para as pessoas que trabalham, não tendo como adequá-los às suas necessidades	3 ( )
		Falta medicamentos outros	4 ( )
		Falta de vacinas	5 ( )
		Falta de materiais/equipamentos	6 ( )
		Não há serviço que se necessita	7 ( )
		Não consegue fazer os exames pedidos pela dificuldade de acesso	8 ( )
		Não têm serviços de referências	9 ( )

		Demanda de serviços maior que a oferta	10 ( )
		Não há um trabalho em equipe	11 ( )
		Falta de informação	12 ( )
17..	Assinale as facilidades encontradas no acesso às USF	Medicamentos distribuídos com regularidade	1 ( )
		Marcação fácil das consultas	2( )
		Horários de funcionamento são adequados para a população	3 ( )
		Não falta medicamentos outros	4 ( )
		Há sempre vacinas	5 ( )
		Não falta nunca materiais/equipamentos	6 ( )
		Todo serviço que a população necessita é atendido	7 ( )
		Consegue fazer os exames (fácil acesso)	8 ( )
		Há sempre serviços de referência quando precisa	9 ( )
		A oferta de serviços supre as necessidades da comunidade	10 ( )
		Há sempre profissionais de saúde na USF	11( )
		Bom trabalho em equipe	12( )
		Meios de informação/divulgação e educação em saúde	13( )

PARTE D – VÍNCULO			
18.	Os usuários são examinados pelos mesmos profissionais de saúde cada vez que se consultam na USF?	Sim	1 ( )
		Não	2 ( )
		Não sabe informar	3 ( )
19.	As unidades de Saúde da Família trabalham com população adscrita?	Sim	1 ( )
		Não	2 ( )
		Não sabe informar	3 ( )
20.	Se o usuário tem uma dúvida sobre o seu tratamento, pode ligar ou retornar para falar com o profissional que o atendeu?	Sim	1 ( )
		Não	2 ( )
		Não sabe informar	3 ( )
21.	Os profissionais de saúde normalmente utilizam os prontuários do usuário durante a consulta?	Sim	1 ( )
		Não	2 ( )
		Não sabe informar	3 ( )
22.	Os profissionais questionam os usuários sobre o uso de medicamentos em casa?	Sim	1 ( )
		Não	2 ( )
		Não sabe informar	3 ( )
23.	Os profissionais têm conhecimento quando os usuários não conseguem obter ou comprar um medicamento prescrito?	Sim	1 ( )
		Não	2 ( )
		Não sabe informar	3 ( )
24.	Os profissionais ouvem, escutam e se solidarizam com os problemas trazidos pelos usuários e dão encaminhamento.	Sim	1 ( )
		Não	2 ( )
		Não sabe informar	3 ( )

PARTE E – LINHAS DE CUIDADO/ELENCO DE SERVIÇOS			
25.	Qual (ais) o (s) serviço (s)/atividade (s) oferecido (s) ao usuário/família nas USF?	Consulta médica	1 ( )
		Consulta odontológica	2 ( )
		Consulta de enfermagem	3 ( )
		Atendimento para adulto e idosos	4 ( )
		Orientação/atividades educativas	5 ( )
		Planejamento familiar	6 ( )
		Curativos	7 ( )
		Injeção	8 ( )
		Verificação de PA	9 ( )
		Vacinação	10 ( )
		Saúde bucal (ações preventivas, escovação, fluoretação, e ações curativas)	11 ( )
		Dispensação de medicamentos	12 ( )
		Controle de diabetes	13 ( )
		Controle de hipertensão arterial	14 ( )
		Teste do pezinho	15 ( )
		Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento	16 ( )
		Orientação sobre coleta de lixo	17 ( )
		Acompanhamento pré-natal	18 ( )
		Preventivo de câncer ginecológico	19 ( )
		Atenção à saúde do adolescente	20 ( )
		Coleta de sangue	21 ( )
		Coleta de material para sumário de urina e exame parasitológico	22 ( )
		Atendimento no domicílio	23 ( )
		Atendimento de doenças sexualmente transmissíveis (DST's)	24 ( )
		Encaminhamento dos casos de DST's	25 ( )
		Controle e tratamento de doenças endêmicas	26 ( )
		Controle e tratamento de doenças epidêmicas	27 ( )
		Pequenas cirurgias	28 ( )
		Combate à desnutrição infantil (multimistura)	29 ( )
		Faz orientações sobre o tratamento de água no domicílio	30 ( )
		Desenvolve ações de Vigilância Sanitária	31 ( )
		Desenvolve ações de Vigilância Epidemiológica	32 ( )

		Acompanhamento de Grupos Específicos	33 ( )
		Sala de Espera	34 ( )
		Outro(s)____________________	35 ( )
26.	Existem protocolos específicos de atendimento para a maioria dos serviços mencionados?	Sim	1 ( )
		Não	2 ( )

PARTE F – COORDENAÇÃO (RESPONSABILIZAÇÃO)			
27.	As ações de saúde na USF são organizadas através de:	Gestão colegiada	1 ( )
		Trabalho em equipe	2 ( )
		Socialização das informações/reuniões periódicas	3 ( )
		Planejamento participativo	4 ( )
		Eleição direta para a escolha dos gerentes de cada unidade	5 ( )
		Comunicação informal para tratar problemas técnicos e organizacionais relacionados às unidades e usuários	6 ( )
		Participação do CLS na condução das atividades	7 ( )
		Outra (s) (____________________)	8 ( )
28.	A ESF tem autonomia para decidir questões técnico-operacionais da USF	Sim	1 ( )
		Não	2 ( )
		Justifique:	
29.	Qual (ais) o s) instrumento(s) existente (s) e a(s) atividade(s) realizada (s) na USF?	Registro obrigatório de todas as consultas e ocorrências	1 ( )
		Registro das imunizações	2 ( )
		Normas definidas para referência e contra-referência	3 ( )
		Normas definidas para transferência de informações sobre os usuários entre os níveis de atenção	4 ( )
		Discussão entre profissionais de saúde e usuários sobre os possíveis lugares de atendimento quando estes precisam ser referidos para outros serviços	5 ( )
		Realização de transferência de informações sobre o usuário entre os serviços de referência e contra-referência	6 ( )
		Coleta de materiais para exames laboratoriais	7 ( )
		Encaminhamentos dos resultados dos exames laboratoriais para as unidades	8 ( )
		O agendamento de consultas subseqüentes para retorno com resultados dos exames feitos pelo usuário ou para continuidade do tratamento	9 ( )
		Há supervisão periódica para rever as necessidades de referência aos outros níveis de atenção	10 ( )

		Acesso dos usuários aos prontuários	11 ( )
		Auditoria periódica dos prontuários	12 ( )

PARTE G – ENFOQUE FAMILIAR			
30.	Como estão organizados os prontuários das unidades?	Individual	1 ( )
		Por família	2 ( )
		Ambos	3 ( )
		Não sabe informar	4 ( )
31.	Os profissionais de saúde pedem informações de outros membros da família durante uma consulta?	Sim	1 ( )
		Não	2 ( )
		Não sabe informar	3 ( )
32.	Os profissionais de saúde discutem com a família do usuário sobre o seu problema de saúde?	Sim	1 ( )
		Não	2 ( )
		Não sabe informar	3 ( )

PARTE H – ORIENTAÇÃO PARA A COMUNIDADE			
33.	As unidades realizam pesquisa de satisfação dos usuários?	Sim	1 ( )
		Não	2 ( )
		Não sabe informar	3 ( )
34.	Em caso afirmativo, qual a periodicidade?	Mensal	1 ( )
		Trimestral	2 ( )
		Semestral	3 ( )
		Anual	4 ( )
		Bianual	5 ( )
		Não sabe informar	6 ( )
35.	As unidades realizam diagnóstico para identificar os problemas de saúde da população?	Sim	1 ( )
		Não	2 ( )
		Não sabe informar	3 ( )
36.	Em caso afirmativo, qual a periodicidade?	Mensal	1 ( )
		Trimestral	2 ( )
		Semestral	3 ( )
		Anual	4 ( )
		Bianual	5 ( )
		Não sabe informar	6 ( )
37.	Existem Conselhos Locais de Saúde nas unidades?	Sim	1 ( )
		Não	2 ( )
		Não sabe informar	3 ( )
38.	As unidades oferecem atividades de saúde nas escolas?	Sim	1 ( )
		Não	2 ( )
		Não sabe informar	3 ( )
39.	Visitas Domiciliares são realizadas pelos trabalhadores de saúde?	Médico	1 ( )
		Enfermeiro	2 ( )
		Odontólogo	3 ( )
		ACS	4 ( )
		Técnico/Auxiliar de Enfermagem	5 ( )
		Não sabe informar	6( )
40.	Programas intersetoriais são realizados pelas unidades?	Sim	1 ( )
		Não	2 ( )
		Não sabe informar	3 ( )
41.	As unidades têm autonomia para reorganizar a oferta de serviços com base nos problemas identificados na comunidade?	Sim	1 ( )
		Não	2 ( )
		Não sabe informar	3 ( )
42.	As unidades desenvolvem alguma ação com a sociedade civil organizada?	Sim	1 ( )
		Não	2 ( )
		Não sabe informar	3 ( )
43.	As unidades desenvolvem ações recreativas e de lazer com a	Sim	1 ( )
		Não	2 ( )

	comunidade e/ou grupos específicos?	Não sabe informar	3 ( )

Suas sugestões, comentários e /ou dúvidas

Agradecemos a sua colaboração

Legenda:

ESF: Equipe de Saúde da Família
USF: Unidade de Saúde da Família
CLS: Conselho Local de Saúde

APÊNDICE B – FORMULÁRIO USUÁRIO

Município: ____________________________
USF: ________________________________
Pesquisador: ___________________________
Data:____/____/__
Início(h):______________ Término(h):______________
Número do questionário_____________________
Data em que os dados foram digitados ______________
Dados digitados por _______________________
Código do arquivo _________________________

PARTE A - CARACTERÍSTICAS DO INFORMANTE/USUÁRIO				
As questões abaixo (de 1 a 10) possuem apenas uma alternativa a ser assinalada – EXCETO as questões 8 e 10.3..				
1.	Representação Familiar ____________________			
2.	Escolaridade	Analfabeto		1( )
		Sabe ler		2( )
		Sabe ler e escrever		3( )
		Fundamental incompleto		4( )
		Fundamental completo (1ª a 8ª série)		5( )
		Médio incompleto		6( )
		Médio completo		7( )
		Superior incompleto		8( )
		Superior completo		9( )
3.	Sexo	Feminino		1( )
		Masculino		2( )
4.	Idade	18 – 29 anos		1( )
		30 – 39 anos		2( )
		40 – 49 anos		3( )
		50 – 59 anos		4( )
		60 anos ou mais		5( )
5.	Ocupação/Profissão			
6.	Renda Familiar	Até ¼ salário mínimo		1( )
		De 1/4 à 1/2 salários mínimos		2( )
		De 1/2 à 1 salários mínimos		3( )
		De 1 à 2 salários mínimos		4( )
		De 2 à 5 salários mínimos		5( )
		De 5 à 10 salários mínimos		6( )
		Mais de 10 salários mínimos		7( )
		Sem renda/ Desempregado		8( )
		* (salário mínimo do momento)		
7.	Há quanto tempo freqüenta a USF?	Menos de 1 ano		1( )
		1 a 2 anos		2( )
		3 a 4 anos		3( )
		5 a 6 anos		4( )
		Mais de 6 anos		5( )
8.	Composição Familiar	8.1	Crianças (de 0 a 11 anos)	
		8.2	Adolescentes (de 12 a 21 anos)	

	(distribuição por grupo) – Quantidade.	8.3	Adultos (de 22 a 60 anos)	
		8.4	Idosos (acima de 61 anos)	

9.	Na sua família, quem utiliza mais a USF?	Criança(s)	1( )
		Adolescente(s)	2( )
		Mulher(es)	3( )
		Adulto(s)	4( )
		Idoso(s)	5( )
10. Características da Moradia			
10.1	Tipo de Moradia	Alvenaria	1( )
		Madeira	2( )
		Material Reciclado	3( )
		Papelão	4( )
		Adobe	5( )
10.2	Número de Cômodos (Incluindo o banheiro)	um cômodo	1( )
		dois cômodos	2( )
		três cômodos	3( )
		quatro cômodos	4( )
		cinco ou mais cômodos	5( )
10.3	Bens e Serviços	Luz elétrica	1( )
		Água encanada	2( )
		Água de poço	3( )
		Água de cisterna	4( )
		Casa própria	5( )
		Casa alugada	6( )
		Casa emprestada	**7( )**

PARTE B - FORMAÇÃO E CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL NA ÁREA DE SAÚDE			
11.	Os profissionais desta USF são capazes de resolver a maioria dos seus problemas do estado de saúde?	Sim	1( )
		Não	2( )
12.	O(a) senhor(a) recomendaria esse posto/USF a um amigo(a)?	Sim	1( )
		Não	2( )
13.	Os profissionais de saúde desta unidade relacionam-se bem com a comunidade?	Sim	1( )
		Não	2( )

PARTE C- PORTA DE ENTRADA X ACESSO			
As questões 14, 19, 20, 21, 22, 23, 25, 26 possuem apenas uma alternativa a ser assinalada.			
14.	Quando você ou alguém de sua família precisa de um atendimento à saúde quais destas pessoas/serviços você procura primeiramente?	Unidade de saúde do seu bairro (Posto, centro de saúde ou USF)	**1( )**
		O agente comunitário de saúde	2( )
		O hospital	3( )
		A unidade de saúde de outro bairro	4( )
		O curandeiro/rezadeira	5( )
		O Ambulatório de serviços especializados	6( )
		O consultório médico (particular ou plano seguro saúde)	7( )
		O pronto socorro ou emergência	8( )
		A farmácia	**9( )**
		O centro espírita	**10( )**
		A família ou vizinhos (ensinamentos)	**11( )**
		Auto – medica	**12)**

A questão 15 é subjetiva.			
15.	Qual o motivo que o levou a procurar à USF pela última vez?		
As questões de 16, 18, 24, 25, 28, 29, 30, 31, 32, 33 podem ter mais de uma alternativa a ser assinalada.			
16.	Que tipo de atendimento procurou na USF nessa última vez?	Consulta de Enfermagem	1( )
		Consulta Médica	2( )
		Pré Marcação de exame	3( )
		Consulta odontológica	4( )
		ACD	5( )
		Vacinação	6( )
		Exame preventivo de câncer cérvico – uterino	7( )
		Teste do pezinho	8( )
		Planejamento familiar	9( )
		Atividades de educação em saúde	10( )
		Discussão/reunião com o conselho local de saúde	11( )
		Curativo/retirada de pontos	12)
		Nebulização	13( )
		Solicitar VD	14( )
		Injeção	15( )
		Buscar medicamentos	16( )
		Pegar resultados de exames	17( )
		Atendimento hiperdia	18( )
		Pré-natal	19( )
17.	Seu problema de saúde foi resolvido?	Sim	1( )
		Não	2( )
		Parcialmente	3( )
18.	Quais os caminhos utilizados por você/família para ter acesso aos serviços desta USF?	Não há dificuldades, pois com a família cadastrada , todos os serviços/atividades que se precisa já se encontram marcados	1( )
		Mesmo sendo cadastrada na USF, é muito difícil conseguir ser atendido (a) no dia em que se precisa devido excesso de pessoas a serem atendidas	2( )
		É preciso vir de madrugada para se conseguir marcar determinadas consultas	3( )
		Em caso de exames e consultas com especialistas em policlínicas, é muito difícil se conseguir vaga	4( )
		Não há solução na USF para determinados problemas de saúde	5( )
19.	De que forma (ou como você fez) para conseguir atendimento?	Já estava com atendimento marcado desde a última consulta	1( )
		Fiquei na fila desde a madrugada para conseguir atendimento	2( )
		Foi um parente/vizinha quem "conseguiu marcar"	3( )
		Eu tenho "gente" na USF que marca os atendimentos a qualquer hora que preciso	4( )

		Trago sempre uma recomendação escrita de algum político ou conhecido para conseguir a vaga	5( )
		Ainda não consegui (estou vendo o que fazer)	6( )
		Cheguei sem marcar e logo consegui ser atendido pois foi urgência/emergência	7( )
		Não precisei fazer nenhuma marcação pois só vim buscar medicações	8( )
		Não precisei marcar (em caso de procedimento: injeção, nebulização, curativo, aferição de PA e outros)	9( )
		Vim apenas para assistir uma palestra (educação em saúde, conselho local de saúde)	10( )
		Foi agendado pelo ACS	11( )
		Outro	12( )
20.	Como você/família chega à USF?	De ônibus	1( )
		Vai à pé	2( )
		De bicicleta	3( )
		De carona	4( )
		Carro próprio	5( )
		Moto	6( )
		Aluguel de Veículo	7( )
		Transporte Animal	8( )
21.	A que distância, em horas ou minutos, fica a USF da sua residência?	até 30 min	1 ( )
		de 30 a 60 min	2 ( )
		de 1 hora a 1 hora e 30 min	3 ( )
		mais de 2 horas	4 ( )
22.	Quais os dias de funcionamento da USF?	De 2ªs às 6ªs feiras	1 ( )
		Apenas 4 dias na semana	2 ( )
		Apenas 3 dias na semana	3 ( )
		Apenas 2 dias na semana	4 ( )
		Não sabe informar	5 ( )
		Outro (____________________)	6 ( )
23.	Quais os horários de funcionamento da USF?	7:30 às 11:30 e das 13h às 17h	1 ( )
		7:30 às 12:00 e das 14h às 16h	2 ( )
		8h às 17h	3 ( )
		8h às 12h e das 14h às 17h	4 ( )
		8h às 16h, sem intervalo para o almoço	5 ( )
		Não sabe informar	6 ( )
		Outro (____________________)	7 ( )
24.	Após ter acesso à marcação quantos dias espera para ser atendido?	É atendido no mesmo dia	1( )
		É atendido no outro dia	2( )
		É atendido 3 dias depois	3( )
		É atendido 4 dias depois	4( )
		Tem uma semana para ser atendido	5( )
		É atendido após uma semana ou mais	6( )
25.	Ao chegar para ser consultado/ atendido quantos minutos ou horas	Menos de 10 min	1( )
		Entre 10 à 30 min	2( )
		Entre 30 à 60 min	3( )
		Entre 1 à 2 hs	4( )

	espera para realizar a consulta/atendimento?	Entre 2 à 3 hs	5( )
		Espera a manhã ou tarde inteira	6( )
		Espera o dia todo	7( )
26.	Como se faz para marcação de consultas na USF?	Diretamente pela pessoa/família na USF	1( )
		Por telefone	2( )
		Pelo ACS da área	3( )
		Através de pedidos de políticos, amigos ou outros	4( )
		Pelo agente administrativo (diretamente no setor de marcação de USF)	5( )
27.	Como se faz para marcação de exames na USF?	Diretamente pela pessoa/família na USF	1( )
		Por telefone	2( )
		Pelo ACS da área	3( )
		Através de pedidos de políticos, amigos ou outros	4( )
		Pelo agente administrativo (diretamente no setor de marcação de USF)	5( )
28.	Dificuldades encontradas na USF em que é atendido.	Filas grandes	1( )
		Desorganização no sistema de marcação	2( )
		Horário inadequado para o usuário	3( )
		Oferta menor que a demanda	4( )
		Pouca informação	5( )
		Sempre falta médico ou outro profissional	6( )
		Superlotação de famílias na USF	7( )
		Equipe de saúde pequena para atender a área	8( )
		Falta de especialistas diante da realidade de saúde da população desta USF	9( )
		Para conseguir uma consulta leva-se vários dias ou até meses para ser atendido	10( )
		Profissionais de saúde faltosos	11( )
		Alta rotatividade dos profissionais	12( )
		Não é bem recebido ou atendido na USF	13( )
		Localização de difícil acesso	14( )
		Não tem humanização nas relações trabalhador de saúde – usuário: impessoalidade, rispidez, sem diálogo, sem acolhimento	15( )
		Falta sempre medicamento para hipertensão arterial e diabetes	16( )
		Demora na espera do atendimento	17( )
		A marcação é muito difícil, às vezes è preciso vários dias ou até semanas para conseguir uma consulta	18( )
		Faltam outros medicamentos	19( )
		Faltam vacinas	20( )
		Faltam materiais/equipamentos	21( )

		Horários não convenientes para as pessoas que trabalham e não tem como adequá-los às suas necessidades	22( )
		Não há o serviço que se necessita	23( )
		Não consegue fazer os exames pedidos pela dificuldade de acesso	24( )
		Não tem serviços de referências	25( )
		Não há trabalho em equipe	26( )
		Não há dificuldades	27( )
29.	Facilidades encontradas na USF em que é atendido.	Ausência de filas	01 ( )
		Há uma organização do sistema de marcação que facilita a marcação	02( )
		Horário adequado para o usuário	03( )
		Demanda menor que a oferta	04( )
		Demanda igual à oferta	05( )
		Há informações que facilitam a marcação(meios de divulgação: TV rádio, cartazes, avisos na USF, escola, creche)	06( )
		Existe sempre profissionais para prestar atendimento	07( )
		Consegue atender todas as famílias	08( )
		Equipe preparada para atender todas as famílias	09( )
		Consultas são marcadas sem dificuldades	10 ( )
		Há sempre profissionais de saúde presentes na USF	11( )
		Baixa rotatividade dos profissionais de saúde	12 ( )
		È bem recebido ou atendido na USF	13 ( )
		Seu problema é resolvido na USF	14 ( )
		Não á facilidade	15( )
31.	Assinale as dificuldades encontradas em sua USF na estrutura e organização.		1( )
			2( )
			3( )
			4( )
			5( )
			6( )
			7( )
			8( )
			9( )
			10( )
			11( )
			12( )
		Demanda de serviço maior que a oferta	13( )
			14( )
		Falta de informação	15( )
			16( )
32.	Assinale as facilidades encontradas em sua USF na estrutura e organização.	Localização de fácil acesso	1( )
		Prática humanizada: trabalhador - usuário	2( )
		Não faltam medicações para hipertensão e diabetes	3( )

		Não existe demora na espera do atendimento	4( )
		A marcação é fácil	5( )
		Não faltam outros medicamentos	6( )
		Há sempre vacinas	7( )
		Não faltam materiais/equipamentos	8( )
		Os horários são adequados para a população	9( )
		Todo serviço que necessitou foi atendido	10( )
		Consegue fazer exames (fácil acesso)	11( )
		Há sempre serviços de referências quando precisa	12( )
		A oferta de serviços supre as necessidades da comunidade	13( )
		Bom trabalho em equipe	14( )
		Meios de informação/ divulgação e educação em saúde	15( )
33.	Meios de divulgação do PSF adotado no município	Trabalho desenvolvido pelos ACSs.	1( )
		Trabalho de organização e mobilização das famílias – participação das famílias.	2( )
		TV.	3( )
		Rádio Comunitária.	4( )
		Rádio (AM e FM).	5( )
		Materiais informativos (folder, cartaz, panfleto).	6( )
		Escolas.	7( )
		Associação de moradores.	8( )
		Igreja.	9( )
		USF.	10( )

PARTE D – RESPONSABILIZAÇÃO (COORDENAÇÃO e VÍNCULO			
As questões 34, 35, 37, 46 podem ter mais de uma alternativa a ser assinalada.			
34.	Qual(ais) o(s) motivos(s) de você/família procurar esta USF? (Citar no máximo 5 opções)	É mais perto da minha casa	1( )
		Minha família é cadastrada	2( )
		Prática humanizada (relações interpessoais)	3( )
		Não preciso "pagar"	4( )
		Não tenho aonde ir	5( )
		Porque não tenho condições de pagar outros serviços	6( )
		Sempre fui bem acolhido	7( )
		Porque resolve todos os problemas de saúde pessoal/família	8( )
		Tem bons profissionais	9( )
		Conheço todos os profissionais e eles também já conhecem a minha família e a mim.	10( )
		Por falta de opção	11( )

35.	Quando você/família chega nesta USF:	É recebido pelo seu nome	1( )
		É cumprimentado	2( )
		Conversa amigavelmente com os trabalhadores de saúde ou vice-versa	3( )
		Os trabalhadores de saúde procuram saber qual o seu problema de saúde e tentam resolve-lo	4( )
		Freqüenta muito pouco a USF e não conhece ninguém	5( )
		Não há uma interação entre os trabalhadores de saúde e os usuários da unidade de saúde	6( )
		Não existe interesse da USF/trabalhadores de saúde em tentar resolver seu problema de saúde	7( )
		Há uma mudança freqüente de trabalhadores de saúde, portanto é difícil conhecê-los	8( )
36.	Qual desses trabalhadores de saúde você procura para ser atendido?	ACS	**1( )**
		Enfermeiro	2( )
		Auxiliar/ técnico de enfermagem	3( )
		Médico	4( )
		Recepcionista	5( )
		Porteiro	6( )
		Dentista	7( )
		Porteiro	8( )
		Outros	**9( )**
37.	Durante o tratamento/consulta na USF como você/família se sente?	Satisfeito(a), porque resolve o problema	**1( )**
		Insatisfeito(a), porque não resolve o problema	2( )
		Sente que é considerado como pessoa, pois é ouvido(a)	3( )
		Sente-se desconsiderado(a), pois não é ouvido(a)	4( )
		Acolhido(a)	5( )
		Não acolhido	6( )
		Respeitado	7( )
		Desrespeitado	8( )
		Amedrontado e inseguro	**9( )**
		Tranqüilo e seguro	10( )
38.	Quem resolve o seu problema de saúde ou da sua família ao procurar a USF?	ACS	**1( )**
		Enfermeiro	2( )
		Auxiliar/ técnico de enfermagem	3( )
		Médico	4( )
		Recepcionista	5( )
		Porteiro	6( )
		Dentista	7( )
		Porteiro	8( )
		Outros	**9( )**
As questões 36, 39 à 45 e 47 à 58 possuem apenas uma alternativa a ser assinalada.			
39.	Se alguém da sua família ou qualquer outra pessoa precisar da USF você recomenda?	Sim	1( )
		Não	2( )
40.	Quando vai para USF você sabe quem é cada um dos trabalhadores de saúde pelo nome e função?	Sim	1( )
		Não	2( )

41.	Quando vai a USF você é atendido(a) pelo mesmo profissional?	Sim	1( )
		Não	2( )
42.	Você/família sente-se a vontade para tratar seu problemas de saúde com a equipe de saúde da USF?	Sim	1( )
		Não	2( )
		Às Vezes	3( )
43.	Quanto tempo em média você/família leva na consulta ou qualquer outra atividade de saúde na USF?	Menos de 5 minutos	1 ( )
		De 6 a 10 minutos	2 ( )
		De 11 a 15 minutos	3( )
		16 a 20 minutos	4( )
		Mais de 20 minutos	5( )
44.	Ao chegar a USF quem é o trabalhador de saúde que você procura primeiro para resolver o seu problema de saúde?	ACS	**1( )**
		Enfermeiro	2( )
		Auxiliar/ técnico de enfermagem	3( )
		Médico	4( )
		Recepcionista	5( )
		Porteiro	6( )
		Dentista	7( )
		Porteiro	8( )
		Outros	**9( )**
45.	Ao procurar a USF para resolver os seus problemas de saúde (ou familiar) é preciso:	Marcar consulta antecipada	**1( )**
		Não há necessidade de marcação antecipada da consulta, pois qualquer hora é atendido	2( )
		Solicitar ao ACS da área que atende a família para marcar a consulta e depois vai à USF	3( )
		Espera às vezes dias, pois há Programas/serviços com dias estipulados, que não são oferecidos diariamente na USF	4( )

PARTE E – LINHAS DE CUIDADO/ELENCO DE SERVIÇOS			
46.	Qual (ais) o (s) serviço (s)/atividade (s) oferecido (s) ao usuário/família nas USF?	Consulta médica	1( )
		Consulta odontológica	2( )
		Consulta de enfermagem	3( )
		Atendimento para adulto e idosos	4( )
		Orientação/atividades educativas	5( )
		Planejamento familiar	6( )
		Curativos	7( )
		Injeção	8( )
		Verificação de PA	9( )
		Vacinação	10( )
		Saúde bucal (ações preventivas, escovação, fluoretação, e ações curativas)	11( )
		Dispensação de medicamentos	12( )
		Controle de diabetes	13( )
		Controle de hipertensão arterial	14( )
		Teste do pezinho	15( )

		Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento	16( )
		Orientação sobre coleta de lixo	17( )
		Acompanhamento pré-natal	18( )
		Preventivo de câncer ginecológico	19( )
		Atenção à saúde do adolescente	20( )
		Coleta de sangue	21( )
		Coleta de material para sumário de urina e exame parasitológico	22( )
		Atendimento no domicílio	23( )
		Atendimento de doenças sexualmente transmissíveis (DST's)	24( )
		Encaminhamento dos casos de DST's	25( )
		Controle e tratamento de doenças endêmicas	26( )
		Controle e tratamento de doenças epidêmicas	27( )
		Pequenas cirurgias	28( )
		Combate à desnutrição infantil (multimistura)	29( )
		Faz orientações sobre o tratamento de água no domicílio	30( )
		Desenvolve ações de Vigilância Sanitária	31( )
		Desenvolve ações de Vigilância Epidemiológica	32( )
		Acompanhamento de Grupos Específicos	33( )
		Sala de Espera	34( )
		Saúde Mental	35( )

PARTE F – **ENFOQUE FAMILIAR**			
47.	Os profissionais desta USF normalmente perguntam sobre as suas condições de vida e as da sua família	Desemprego	1( )
		Disponibilidade de água potável	2( )
		Saneamento básico	3( )
		Alcoolismo	4( )
		Tabagismo	5( )
		Sedentarismo	6( )
		Estilo de vida	7( )
		Fatores hereditários	8( )
		Fatores congênitos	9( )
48.	Durante a consulta os profissionais desta USF normalmente pedem informações sobre doenças de outros membros de sua família?	Sim	1( )
		Não	2( )
49.	O senhor acha que os profissionais de saúde desta USF conhecem bem sua família?	Sim	1( )
		Não	2( )

50.	Os profissionais de saúde discutem com sua família o seu problema de saúde?	Sim	1( )
		Não	2( )

PARTE G – ORIENTAÇÃO PARA A COMUNIDADE			
51.	Existe Conselho Local de Saúde nesta unidade?	Sim	1 ( )
		Não	2 ( )
		Não sabe	3( )
52.	O(a) senhor(a) é orientada pelos profissionais de saúde desta USF a participar do conselho local ou municipal de saúde?	Sim	1( )
		Não	2( )
53.	O(a) senhor(a) acha que os profissionais desta unidade sabem sobre os problemas de saúde mais importantes da sua comunidade?	Sim	1( )
		Nao	2( )
54.	Em caso afirmativo, com que freqüência eles investigam esses problemas de saúde?	Mensal	1( )
		Trimestral	2( )
		Semestral	3( )
		Anual	4( )
		Bianual	5( )
55.	Esta USF oferece serviços de saúde nas escolas?	Sim	1( )
		Não	2( )
56.	Visitas Domiciliares são realizadas pelos profissionais de saúde?	Médico	1 ( )
		Enfermeiro	2 ( )
		Odontólogo	3 ( )
		ACS	4 ( )
		Técnico/Auxiliar de Enfermagem	5 ( )
57.	Esta unidade realiza pesquisa para avaliar a satisfação com relação aos serviços ofertados?	Sim	1( )
		Não	2( )
58.	Em caso afirmativo, qual a periodicidade?	Mensal	1( )
		Trimenstral	2( )
		Semestral	3( )
		Anual	4( )
		Bianual	5( )

Suas sugestões, comentários e dúvidas:

APÊNDICE C – FORMULÁRIO TRABALHADOR DE SAÚDE

Número do formulário: ________________
Código do arquivo: ________________
Responsável pela coleta de dados: __________________________
Nome da Unidade Saúde da Família: __________________________
Nome do Bairro: ____
Data da coleta de dados: ____/____/_____
Início: ______________________ Término: ______________________
Data da digitação: ________________
Dados digitados por: ____

A. CARACTERÍSTICAS DO INFORMANTE/TRABALHADOR DE SAÚDE			
1.	Formação Profissional:		
2.	Ano de conclusão:		
3.	Instituição formadora	Pública	1 ( )
		Privada	2 ( )
4.	Sexo	Feminino	1 ( )
		Masculino	2 ( )
5.	Faixa etária	Menos de 20 anos	1 ( )
		De 20 a 30 anos	2 ( )
		De 31 a 40 anos	3 ( )
		De 41 a 50 anos	4 ( )
		De 51 a 60 anos	5 ( )
		Mais de 60 anos	6 ( )
6.	Local de residência	No município	1 ( )
		No município, mas a USF fica na zona rural	2 ( )
		Fora do município, viajo diariamente	3 ( )
		Fora do município, mas durmo 1 a 2 vezes na semana no município	4 ( )
		Outro (Especificar:________________________)	5 ( )
7.	Local (ais) onde trabalha:	Apenas nesta USF	1 ( )
		Em outras instituições (Especificar________________________)	2 ( )
8	Salário percebido na USF	Até 1 salário mínimo	1 ( )
		De 1 a 2 salários mínimos	2 ( )
		De 2 a 3 salários mínimos	3 ( )
		De 3 a 5 salários mínimos	4 ( )
		De 5 a 10 salários mínimos	5 ( )
		De 10 a 20 salários mínimos	6 ( )
		Mais de 20 salários mínimos	7 ( )
		Não quis informar	8( )

9.	Forma de admissão do trabalhador de saúde da USF	Concurso público	1( )	
		Seleção Pública	2( )	Prova escrita 2.1( )
				Entrevista 2.2( )
				Currículo 2.3( )
		Indicação política	3( )	
		Transferência de programas ou áreas de atuação na SMS	4( )	
		Uma conversa do próprio trabalhador com o setor pessoal da instituição colocando-se como candidato ao trabalho na USF	5( )	
		Outra (s)	6 ( )	
10.	Modalidade de contrato de trabalho na USF	Regime Jurídico Único (RJU)	1 ( )	
		CLT	2 ( )	
		Contrato por tempo determinado	3 ( )	
		Cargo em comissão	4 ( )	
		Sem contrato	5 ( )	
		Cooperado	6 ( )	
		Prestação de serviço	7 ( )	
		Outra (________________________)	8 ( )	
11	Carga horária de trabalho na USF:	Dedicação exclusiva	1 ( )	
		20 horas semanais	2 ( )	
		40 horas semanais	3 ( )	
		32 horas semanais (1 folga na semana)	4 ( )	
		Menos de 32 horas	5 ( )	
		Outros (________________________)	6 ( )	

B. FORMAÇÃO E CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL NA ÁREA DE SAÚDE			
Política de gestão do Trabalho e Educação Permanente			
12	Nível Superior	Treinamento introdutório	1 ( )
		Atualização/aperfeiçoamento (menos 360h) em Saúde Pública/Epidemiologia ou Saúde Coletiva	2 ( )
		Atualização/aperfeiçoamento (menos de 360h) em Gestão em Saúde	3 ( )
		Atualização/aperfeiçoamento (menos de 360h) em outras áreas de saúde	4 ( )
		Especialização/residência (igual ou mais que 360h) em Saúde Pública/Epidemiologia ou Saúde Coletiva	5 ( )
		Especialização/residência (igual ou maior que 360h) em outras áreas de saúde	6 ( )
		Mestrado em Saúde Pública (ou epidemiologia ou saúde coletiva)	7 ( )
		Mestrado em Gestão em Saúde	8 ( )
		Mestrado em outras áreas de saúde	9 ( )

<table>
<tr><td></td><td></td><td colspan="2">Doutorado em Saúde Pública (Epidemiologia ou Saúde Coletiva)</td><td>10 ( )</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td colspan="2">Doutorado em Gestão em Saúde</td><td>11 ( )</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td colspan="2">Doutorado em outras áreas da saúde</td><td>12( )</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td colspan="2">Nenhum curso</td><td>13 ( )</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td colspan="2">Outro (s) (_________________)</td><td>14 ( )</td></tr>
<tr><td>12.1</td><td>Último curso/treinamento realizado:</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>12.1.1</td><td>Assunto</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>12.1.2</td><td>Ano</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>12.1.3</td><td>Instituição</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>12.1.4</td><td>Carga Horária</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="4">13.</td><td rowspan="4">Nível Médio (cursos na área saúde da família)</td><td>Treinamento introdutório</td><td>1( )</td><td></td></tr>
<tr><td>Curso de atualização em áreas especificas</td><td>2( )</td><td>2.1( ) tuberculose
2.2( ) hanseníase
2.3( ) dengue
2.4( ) DST/AIDS
2.5( ) outros</td></tr>
<tr><td>Treinamento para atendimento a grupos específicos</td><td>3( )</td><td>3.1( ) criança
3.2( ) adolescente
3.3( ) mulher
3.4( ) adulto
3.5( ) idoso
3.6( ) outros</td></tr>
<tr><td>Treinamento procedimentos</td><td>4( )</td><td>4.1( ) vacinação
4.2( ) rede de frio
4.3( ) esterilização
4.4( ) curativo
4.5( ) visita domiciliar
4.6( ) outros</td></tr>
<tr><td>13.1</td><td>Último curso/treinamento realizado:</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>13.1.1</td><td>Assunto</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>13.1.2</td><td>Ano</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>13.1.3</td><td>Instituição</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>13.1.4</td><td>Carga Horária</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="7">14.</td><td rowspan="7">Critérios estabelecidos para capacitação</td><td colspan="2">Necessidade de saúde da população usuária da USF</td><td>1 ( )</td></tr>
<tr><td colspan="2">Necessidade dos trabalhadores de saúde</td><td>2 ( )</td></tr>
<tr><td colspan="2">Escolha focalizada em determinadas categorias profissionais</td><td>3 ( )</td></tr>
<tr><td colspan="2">Não há critérios</td><td>4 ( )</td></tr>
<tr><td colspan="2">É sempre uma oferta das instâncias gestoras (federal/estadual/municipal)</td><td>5 ( )</td></tr>
<tr><td colspan="2">Necessidade da gestão do sistema e do cuidado</td><td>6 ( )</td></tr>
<tr><td colspan="2">Outro(s)___________________________</td><td>7 ( )</td></tr>
<tr><td rowspan="4">15.</td><td rowspan="4">Em relação a essas capacitações</td><td colspan="2">Vêm provocando mudanças</td><td>1 ( )</td></tr>
<tr><td colspan="2">Apresentam uma articulação teórico-prático</td><td>2 ( )</td></tr>
<tr><td colspan="2">Fortalece a prática para o trabalho em equipe</td><td>3 ( )</td></tr>
<tr><td colspan="2">Valoriza a participação do usuário/família enquanto sujeito do processo saúde-doença</td><td>4 ( )</td></tr>
</table>

		Amplia o conceito de saúde	5 ( )
		Possibilita maior interação entre o trabalhador e o usuário	6 ( )
		Ajuda no reconhecimento das necessidades de saúde demandadas na área de atuação	7 ( )
		Facilita a articulação interinstitucional	8 ( )
		Possibilita maior resolubilidade nas ações	9( )
		Não trouxeram transformações nas práticas	10( )
		Adotam uma pedagogia problematizadora	11( )
		Valorização das ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e danos	12( )
		Focalizada não apenas no indivíduo, mas na família.	13( )
		Contribui com mudanças nas práticas de gestão dos trabalhadores tanto na dimensão técnica, quanto na ética, política, comunicacional e interrelação pessoal, profissional e com os usuários.	14( )
		Outro(s) (____________________)	15( )
16	Dificuldades encontradas na formação e capacitação dos trabalhadores da USF		
17	Facilidades encontradas na formação e capacitação dos trabalhadores da USF		

C. ACESSO E PORTA DE ENTRADA			
18	Quais os dias de funcionamento da USF em que trabalha?	De 2ªs às 6ªs feiras	1 ( )
		Apenas 4 dias na semana	2 ( )
		Apenas 3 dias na semana	3 ( )
		Apenas 2 dias na semana	4 ( )
		Outro (____________________)	5 ( )
19.	Quais os horários de funcionamento da USF?	7:30 às 11:30 e das 13h às 17h	1 ( )
		7:30 às 12:00 e das 14h às 16h	2 ( )
		8h às 17h	3 ( )
		8h às 12h e das 14h às 17h	4 ( )
		8h às 16h, sem intervalo para o almoço	5 ( )
		Não sabe informar	6 ( )
		Outro ( )	7( )
20	Assinale as dificuldades encontradas na sua USF na atenção à saúde	Localização de difícil acesso	1 ( )
		Não tem humanização nas relações trabalhador de saúde – usuário: impessoalidade, rispidez, sem diálogo, sem acolhimento.	2 ( )
		Falta sempre medicamentos para hipertensão arterial e diabetes	3 ( )
		Demora na espera do atendimento	4 ( )
		A marcação é muito difícil, às vezes, é preciso vários dias ou até semanas para conseguir uma consulta.	5 ( )

		Horários não convenientes para as pessoas que trabalham e não têm como adequá-los às suas necessidades	6 ( )
		Falta medicamentos outros	7 ( )
		Falta de vacinas	8 ( )
		Falta de materiais/equipamentos	9 ( )
		Não há serviço que se necessita	10 ( )
		Não consegue fazer os exames pedidos pela dificuldade de acesso	11 ( )
		Não têm serviços de referências	12 ( )
		Demanda de serviços maior que a oferta	13 ( )
		Não há um trabalho em equipe	14 ( )
		Falta de informação	15 ( )
		Outro (s) (__________________________)	16 ( )
		Não há dificuldades	17( )
21.	Assinale as facilidades encontradas na sua USF na atenção à saúde	Localização de fácil acesso	1 ( )
		Prática humanizada: trabalhador - usuário	2 ( )
		Não falta medicações para hipertensão e diabetes	3 ( )
		Não existe demora na espera do atendimento	4 ( )
		A marcação da consulta é fácil	5 ( )
		Os horários são adequados para a população	6 ( )
		Não falta medicamentos outros	7 ( )
		Há sempre vacinas	8 ( )
		Não falta nunca materiais/equipamentos	9 ( )
		Todo serviço que o usuário necessitou foi atendido	10 ( )
		Consegue fazer os exames (fácil acesso)	11 ( )
		Há sempre serviços de referência quando precisa	12 ( )
		A oferta de serviços supre as necessidades da comunidade	13 ( )
		Bom trabalho em equipe	14 ( )
		Há sempre profissionais de saúde na USF	15 ( )
		Meios de informação/divulgação e educação em saúde	16( )
		Outro (s) (_____________________________)	17 ( )
		Não há facilidades	18( )

D. VÍNCULO			
22.	Quanto tempo (hora/minuto) gasta numa consulta/ atendimento?	Menos de 5 min	1 ( )
		5 a 10 min	2 ( )
		10 a 15 min	3 ( )
		15 a 20 min	4 ( )
		Mais de 20 min	5 ( )
		Não sabe precisar	6 ( )
		Não quis responder	7 ( )
		Outro (____________________________)	8 ( )
23.	Durante a	Dialoga com o usuário/familiar	1 ( )
		Ouve apenas as queixas	2 ( )

	consulta/ atendimento você enquanto trabalhador de saúde:	Não tem tempo para diálogo devido grande demanda de usuários para ser atendido	3 ( )
		Orienta os usuários em relação às questões de saúde	4 ( )
		Orienta os usuários sobre as medicações prescritas	5 ( )
		Não entende o que o usuário/família fala sobre o seu problema	6 ( )
		Chama o usuário pelo nome e conversa com ele sobre outras questões	7 ( )
		Outro ( )	8 ( )
24.	Os usuários são examinados pelo mesmo trabalhador de saúde a cada consulta/ atendimento?	Sim	1 ( )
		Não	2 ( )
25.	Durante as consultas/ atendimento, o trabalhador de saúde utiliza o prontuário do usuário?	Sim	1 ( )
		Não	2 ( )
26.	Quando o usuário não consegue obter ou comprar um medicamento prescrito a USF é informada?	Sim	1 ( )
		Não	2 ( )

PARTE E – LINHAS DE CUIDADO/ELENCO DE SERVIÇOS			
27.	Qual (ais) o (s) serviço (s)/atividade (s) oferecido (s) ao usuário/família nesta USF?	Consulta médica	1 ( )
		Consulta odontológica	2 ( )
		Consulta de enfermagem	3 ( )
		Atendimento para adulto e idosos	4 ( )
		Orientação/atividades educativas	5 ( )
		Planejamento familiar	6 ( )
		Curativos	7 ( )
		Injeção	8 ( )
		Verificação de PA	9 ( )
		Vacinação	10 ( )
		Saúde bucal (ações preventivas, escovação, fluoretação, e ações curativas)	11 ( )
		Dispensação de medicamentos	12 ( )
		Controle de diabetes	13 ( )
		Controle de hipertensão arterial	14 ( )
		Teste do pezinho	15 ( )
		Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento	16 ( )
		Orientação sobre coleta de lixo	17 ( )
		Acompanhamento pré-natal	18 ( )
		Preventivo de câncer ginecológico	19 ( )
		Atenção à saúde do adolescente	20 ( )
		Coleta de sangue	21 ( )
		Coleta de material para sumário de urina e exame parasitológico	22 ( )
		Atendimento no domicílio	23 ( )
		Atendimento de doenças sexualmente transmissíveis (DST's)	24 ( )
		Encaminhamento dos casos de DST's	25 ( )
		Controle e tratamento de doenças endêmicas	26 ( )

		Controle e tratamento de doenças epidêmicas	27 ( )
		Pequenas cirurgias	28 ( )
		Combate à desnutrição infantil (multimistura)	29 ( )
		Faz orientações sobre o tratamento de água no domicílio	30 ( )
		Desenvolve ações de Vigilância Sanitária	31 ( )
		Desenvolve ações de Vigilância Epidemiológica	32 ( )
		Acompanhamento de Grupos Específicos	33 ( )
		Sala de Espera	34 ( )
		Outro(s)________________	35 ( )
28.	Existem protocolos específicos de atendimento para a maioria dos serviços mencionados?	Sim	1( )
		Não	2( )
		Não sabe informar	3( )

F. COORDENAÇÃO (RESPONSABILIZAÇÃO)			
29.	As ações de saúde na USF são organizadas através de:	Gestão colegiada	1 ( )
		Trabalho em equipe	2 ( )
		Socialização das informações/reuniões periódicas	3 ( )
		Planejamento participativo	4 ( )
		Eleição direta para a escolha dos gerentes de cada unidade	5 ( )
		Comunicação informal para tratar problemas técnicos e organizacionais relacionados às unidades e usuários	6 ( )
		Participação do CLS na condução das atividades	7 ( )
		Outra (s) (________________)	8 ( )
30.	A ESF tem autonomia para decidir questões técnico-operacionais da USF	Sim	1 ( )
		Não	2 ( )
		Justifique:	
31.	Qual (ais) o s) instrumento(s) existente (s) e a(s) atividade(s) realizada (s) na USF?	Registro obrigatório de todas as consultas e ocorrências	1 ( )
		Registro das imunizações	2 ( )
		Normas definidas para referência e contra-referência	3 ( )
		Normas definidas para transferência de informações sobre os usuários entre os níveis de atenção	4 ( )
		Discussão entre profissionais de saúde e usuários sobre os possíveis lugares de atendimento quando estes precisam ser referidos para outros serviços	5 ( )
		Realização de transferência de informações sobre o usuário entre os serviços de referência e contra-referência	6 ( )
		Coleta de materiais para exames laboratoriais	7 ( )
		Encaminhamentos dos resultados dos exames laboratoriais para as unidades	8 ( )
		O agendamento de consultas subseqüentes para retorno com resultados dos exames feitos pelo usuário ou para continuidade do tratamento	9 ( )
		Há supervisão periódica para rever as necessidades de referência aos outros níveis de atenção	10( )

		Acesso dos usuários aos prontuários	11( )
		Auditoria periódica dos prontuários	12( )

G – ENFOQUE FAMILIAR			
32.	Como são organizados os prontuários?	Por família	1 ( )
		Individual	2 ( )
		Ambos	3 ( )
33.	Durante as consultas, você pede informações sobre doenças de outros membros da família?	Sim	1 ( )
		Não	2 ( )
		Raramente	3( )
		As vezes	4( )
34.	Você tem possibilidade de falar com a família do usuário para discutir seu problema de saúde?	Sim	1 ( )
		Não	2 ( )
35.	Durante o atendimento, consulta ou visita domiciliar, você normalmente pergunta sobre quais fatores de risco?	Desemprego	1 ( )
		Disponibilidade de água potável	2 ( )
		Saneamento básico	3 ( )
		Etilismo	4 ( )
		Tabagismo	5 ( )
		Sedentarismo	6 ( )
		Estilo de vida	7 ( )
		Fatores hereditários	8 ( )
		Fatores congênitos	9 ( )
		Outros (s) (________________________)	10( )

H. ORIENTAÇÃO Á COMUNIDADE			
36.	A USF realiza pesquisa de satisfação do usuário?	Sim	1 ( )
		Não	2 ( )
37.	Em caso afirmativo, qual a periodicidade?	Mensal	1( )
		Trimenstral	2( )
		Semestral	3( )
		Anual	4( )
		Bianual	5( )
		Não sabe informar	6( )
38.	A USF realiza pesquisa para identificar os problemas do estado de saúde da população?	Sim	1 ( )
		Não	2 ( )
39.	Em caso afirmativo, com que freqüência eles investigam esses problemas de saúde?	Mensal	1( )
		Trimestral	2( )
		Semestral	3( )
		Anual	4( )
		Bianual	5( )
		Não sabe informar	6( )
40.	Existe conselho local de saúde?	Sim	1 ( )
		Não	2 ( )
41.	Qual(ais) a(s) atividade(s) promovida(s) pela USF para orientação da comunidade?	Atividades educativas nas escolas	1 ( )
		Visitas domiciliares	2 ( )
		Ações intersetoriais	3 ( )
		Oficinas com participação da comunidade	4 ( )
		Reunião comunitária	5( )
		Sala de espera	6( )
		Sala de situação	7( )

Colofão

Formato	17 x 24 cm
Tipologia	AGaramond
Papel	75 g/m² (miolo) Cartão Supremo 250 g/m² (capa)
Impressão	Setor de Reprografia da EDUFBA
Capa e Acabamento	Gráfica Cian
Tiragem	500 exemplares